ANNUAL REPORT 2011 – 2012



ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓪᓚᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᖓᓂᒃ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

ᐊᓂᓪᑕᐅᓯᒪᔨᖅ ᐊᓂᓚᐲᑎᓐᓂᒃ ᓂᓪᓕᓐᓂᑦ / Dépôt légal / Legal deposit
ᑯᐯᒡᒥ ᐊᑐᐊᒪᖏᓪᓗᐊᑦ / Bibliothèque nationale du Québec / National Library of Quebec – 2012
ᑲᓇᑕᒥ ᐊᑐᐊᒪᖏᓪᓗᐊᑦ / Bibliothèque nationale du Canada / National Library of Canada – 2012
ISBN 978-2-922764-38-3 (pdf)
ISSN 1920-0366 (pdf)

Annual Report
2011-2012

April 1, 2011, to March 31, 2012

Our *raison d'être*:
The well-being of the entire Nunavik population

Our mission:
Plan, organize, apply and evaluate programs
to serve our population

Our objective:
Improve our population's state of health

Our values:
Autonomy, respect, participation, appreciation of our human resources and collaboration with our partners

Table of Contents

Nunavik: A Vast Occupied Territory 5
The Region and Its People 5
Inuit Health Indicators 7
The Nunavik Health and Social Services Network 8
Nunavik Regional Board of Health and Social Services 8
Health Centres 10
Message from the Chairperson and the Acting Executive Director 11
Boards of Directors of the Nunavik Health and Social Services Network 15
Board of Directors of the Regional Board 16
Composition of the Board of Directors on March 31, 2012 17
Executive Management 18
Emergency Prehospital Services 18
Civil Security 20
Department of Planning and Programming 21
Message from the Acting Director 21
Clinical Project 22
Front-Line Programs for Children, Youths and Families 24
Adult and Community Service Programs 27
AFF Persons Lacking Autonomy, Elders and Rehabilitation 30
Community Organizations 32
Medical Affairs and Physical Health 33
Department of Public Health 37
Message from the Director 37
Human Resources 38
Protection of Public Health 38
Prevention and Health Promotion 40
Healthy Schools Approach 51
Connaissance – Surveillance – Information 60
Research and Evaluation 61
Perspectives for 2012-2013 62
Department of Inuit Values & Practices 64
Message from the Director 64
Midwifery 65
Indian and Residential Schools (IRS) Resolution Health-Support Program 65
Traditional Adoption 65
Brighter Futures 66
Wellness Committee 68
Department of Administrative Services 69
Message from the Director 69
Financial resources 70

The NRBHSS' operating budget....70
Fixed assets and equipment....72
Human resources....73
Information systems....75
Regional Department of Human-Resources Development....77
Message from the Director....77
Training....78
Hiring and Orientation....78
Working Conditions....79
Other Activities....80
Department of Out-of-Region Services....81
Message from the Director....81
Insured/Non-Insured Health Benefits (INIHB)....82
Department Activities....82
Department Objectives for 2012-2013....83

Nunavik: A Vast Occupied Territory

The Region and Its People



Nunavik, the Inuit region of Québec, is a vast territory that covers more than 500 000 square kilometres. Its geographic zones range from taiga to tundra and its landscapes vary from mountains to boreal forest to innumerable lakes and rivers to open sea.

There are different interpretations of the word *Nunavik*. For some, Nunavik means "the place where we have landed." In Tamusi Qumak's dictionary of Inuktitut, Nunavik means "a vast land occupied by animals."

Today, Nunavik is home to approximately 12 000 inhabitants, 90% of whom are Inuit, living in 14 communities dotting the coasts and rivers: Kuujjuaraapik, Umiujaq, Inukjuak, Puvirnituq, Akulivik, Ivujivik, Salluit, Kangiqsujuaq, Quaqtaq, Kangirsuk, Aupaluk, Tasiujaq, Kuujjuaq and Kangiqsualujjuaq.

Each community has its own municipal infrastructure and modern essential services that are adapted to the North. For example, houses and other buildings have running water, which is delivered daily by truck from local reservoirs.

There are no roads to Nunavik; travel and shipping to and from the region are by airplane and freight ship.

With the exception of Kuujjuaq, these small communities are dispersed along the 2 500 kilometres of shoreline that border Nunavik, some on the east coast of Hudson Bay, others on the coasts of the Hudson Strait and Ungava Bay. Kuujjuaq is located a little farther inland, upstream on the Koksoak River, directly at the tree line, straddling taiga and tundra. With its population of 2 000 inhabitants, it is the largest community of the region, which also makes it the administrative centre of Nunavik.

In spite of the distance that separates them from one another, the warm-hearted Inuit, who were once nomads, like to visit each other. However, since the Nunavik communities are not linked together by roads, the inhabitants must travel by aircraft, boat or snowmobile, depending on the season, to go from one village to the next. No matter how cold it can get, this makes for warm encounters.

As the majority of the Nunavik population is Inuit, Inuktitut is the language most used in the region. On the other hand, due to the federal government's predominant presence in the region's previous administration, the use of English is also widespread, especially in the workplace, and this more than French, although the latter is making considerable progress.

If you would like to know more about the region, visit the site: www.nunavik.ca.

Inuit Health Indicators



The health indicators for Inuit of Nunavik are substantially worse than for the rest of Québec: life expectancy is 16 years lower, infant mortality and hospitalization rates are four times higher and there are high rates of infectious diseases. The causes of the high mortality rate include malignant tumours, cardiovascular diseases, respiratory diseases, tobacco-related complications and alcohol-related accidents. Nunavik's suicide rate is also more than seven times higher than that of the rest of Québec: rates among youth between 15 and 19 years of age are 46 times higher and those among young adults between 20 and 24 years of age are 23 times higher.

As the cost of living is much higher in Nunavik due to transportation-related costs, an estimated 43% of Nunavik households live below the poverty line, compared to 17% for Québec.

Nunavik also suffers from a shortage of housing, with more than 500 families or individuals registered on a waiting list. Although the average number of persons per household is 4.72, it is not rare to see 10 to 12 persons living under the same roof. Moreover, although some dwellings have up to five or six rooms, a large number of them have fewer, which contributes to a higher number of persons per room in Nunavik (0.93) than in all of Québec (0.5).

The Nunavik Health and Social Services Network

The Nunavik health and social services network comprises the Nunavik Regional Board of Health and Social Services, the Inuulitsivik Health Centre (Hudson Bay) and the Ungava Tulattavik Health Centre (Ungava Bay). The basis for the development of health and social services in the Nunavik region was established by the *James Bay and Northern Québec Agreement* of 1975 (*JBNQA*) and its complementary agreements. The organization of health and social services remains under the auspices of the provincial system, but it is adapted to the region's characteristics.

Because of its population size and sociocultural characteristics, Nunavik is a privileged place where the curative and the preventive mix, a place where activities in promotion, prevention and protection are carried out very harmoniously and smoothly, as much in the health sector as in social services.

Nunavik Regional Board of Health and Social Services



For the *ministère de la Santé et des Services sociaux* (*MSSS*), Nunavik is administrative health region 17. The Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) manages a budget of close to 157 million dollars, destined for health and social services for the populations of the 14 communities.

The NRBHSS employs about 65 Inuit and non-Inuit workers and includes the Department of Executive Management, the Department of Public Health, the Department of Planning and Programming, the Department of Administrative Services, the Department of Inuit Values and Practices and, more recently, the Department of Out-of-Region Services and the Regional Department of Human-Resources Development.

A board of directors of 20 members oversees the NRBHSS and consists of:

- 14 representatives, 1 for each community in Nunavik;
- the executive director of each health centre (Tulattavik and Inuulitsivik, two members);
- a member appointed by the board of directors of each health centre, selected from among the elected representatives of the villages (two members);

- a member appointed by the board of directors of the Kativik Regional Government (KRG);
- the Executive Director of the NRBHSS.

Besides the functions directly connected with administration, the board of directors is responsible for identifying the priorities with regard to the population's needs in health and social services, priorities that are presented at the public information meeting held annually by the NRBHSS.

The law requires that the boards of directors of the regional board and the institutions consist of a majority of Inuit members.

Health Centres



Service provision is organized locally and by subregion—Hudson Bay and Ungava Bay—and is centred at two multi-role institutions, the Inuulitsivik Health Centre in Puvirnituq and the Ungava Tulattavik Health Centre in Kuujjuaq. These institutions assume the missions of general- and specialized-care hospital centres (15 beds per centre) as well as long-term care facilities.

The Tulattavik Health Centre works in partnership with the Municipality of Kuujjuaq and the Kativik Municipal Housing Bureau to maintain a 10-bed nursing home. There is also a day centre for the elderly in Kuujjuaq.

Other services provided include child and youth protection, with two departments of Youth Protection, one for each of the Ungava Bay and Hudson Bay coasts. Facilities include one regional 14-place rehabilitation centre in Salluit, two subregional 8-place group homes in Puvirnituq and Kuujjuaq and a CLSC (point of service) in each of the 14 communities.

The CLSC point of service in each community comprises a team of professionals from varying sectors and disciplines offering a range of health and social services to the population. The composition of the team varies from one community to another, based on the size of the community and the functions of the team.



Second-line health services in Nunavik are limited. Recourse to resources outside Nunavik is the norm for practically all specialized medical examinations and treatment. Some are offered by the two health centres, notably by visiting specialists, such as gynecologists, psychiatrists, orthopedic surgeons, etc. If adequate specialized or ultra-specialized services cannot be provided, the client is referred to service providers in the South under the McGill *RUIS* agreement or other agreements.

Patient services in Montréal serve as liaison and support in these cases of transfer, ensuring reception, transportation, lodging and interpretation services, as well as liaison with the northern institutions.

A five-bed, regional, intensive crisis centre, located in Puvirnituq, offers second-line mental-health services.

Message from the Chairperson and the Acting Executive Director

Before beginning, we would first like to present our rationale, our mission, our objectives and our values, which may be stated as follows:

Our rationale:

The Nunavik population's well-being

Our mission:

Plan, organize, apply and evaluate programs to serve our population

Our objective:

Improve our population's state of health

Our values:

Autonomy, respect, participation, appreciation of our human resources and collaboration with our partners

These are the guidelines that direct our daily actions and which take concrete form through the following priorities, established at our last AGM, held in October 2011, for the one-year period from April 1, 2011, to March 31, 2012:

1. Raise the population's awareness of the problems of alcoholism and substance abuse;

2. Seek the financial resources required to ensure that our population has access to the healing activities that will help in dealing with the repercussions of historical trauma.

Further, respect for Inuit values and practices is a key element in developing and providing health and social services Nunavik.

We are pleased with the new installations at the Puvirnituq airport. Every day, several patients of the Inuulitsivik Health Centre arrive at the airport from the other villages of the coast on their way to the health centre to receive care. Others arrive at the airport to take a flight to Montréal for specialized and overspecialized care not available at Inuulitsivik.

In that sense, the Nunavik Regional Board of Health and Social Services supports the Inuulitsivik Health Centre in its application to the Canadian Air Transport Security Authority, the *ministère des Transports* and other related authorities to equip the Puvirnituq airport with a security station and a secure area. This will help patients with reduced mobility in that they will not be obliged to leave the aircraft at the Kuujjuaraapik airport or the La Grande airport for security scanning. Thus, patients who are suffering or living with a critical situation will be required to move around less, and the waiting times at these airports will also be reduced.

Another of our concerns is the runway in Umiujaq. We have asked Makivik for support in considering the feasibility of building a new runway in Umiujaq which would be better oriented relative to the predominant winds. Such a project would reduce the number of cancelled medical-evacuation flights to Umiujaq due to the impossibility of landing because of adverse wind conditions. A runway with a different orientation would solve the problem.

For many months, the NRBHSS has diligently worked on the *MNQ* relocation project. On February 16, 2012, the NRBHSS received a letter of authorization from the *MSSS* concerning the following:

- a total of 143 beds will be available at the resource;
- office space and other facilities will be included;
- the project will be for a long-term lease;
- all installations of the *MNQ* will be under the same roof in Montréal (West Island);
- we can proceed with the hiring of professionals (architectural and engineering firms) to complete the plan of requirements (POR) for the calculation of the total floor space required;
- we will be collaborating with the *MSSS*' expertise and standards department;
- April 5 is the target date for submitting the summary POR and functional and technical plan (FTP) to the *MSSS*.

Once all the parties approve the total required floor space, the *MSSS* will authorize the NRBHSS to proceed with a public call for tenders for an existing building or a new construction.

Offering training to our Inuit staff in the Nunavik health and social services network is a priority to us. Thanks to an initiative of the NRBHSS, and with financial support from the *MSSS*, Inuit managers of the Nunavik health and social services network have the opportunity to obtain a management diploma from McGill University.

The training program continues and has seen success. At this time, the participants are still working at obtaining their diploma and hope to complete the program in the near future. This program destined for Inuit managers enables them to undergo continued training and grants them recognition within the health network. These managers will acquire the skills and knowledge that will make them more efficient in their respective fields. Further, their participation ensures that increasing numbers of Inuit candidates will take over administration of health services in Nunavik.

With the goal of supporting the Inuit personnel in youth protection, the NRBHSS and Marie-Victorin College have designed a training program in psychosocial intervention. The training, accredited by the *ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport*, is provided in the Nunavik communities. Personnel members have been consulted to identify their training needs. The content of this training contributes to improving their work and helps them better understand the reality and dynamics of the families with whom they intervene. The training provides them with a place for discussion and sharing of knowledge and helps them deal with stress.

This past year, 25 Inuit from the 14 communities attended more than 15 training sessions organized on the territory.

The same training program is also offered to rehabilitation workers and will eventually be offered to CLSC workers as well.

During the past year, the NRBHSS continued its efforts at supporting and supervising the activities related to the residential-schools portfolio. This issue is particularly important to us. We would like to emphasize our support for those who attended these institutions as well as their families and communities. The healing process continues. For our part, we continue to offer support with the help of the Department of Inuit Values and Practices.

Youth protection, out-of-region services and several other issues remain at the core of our preoccupations.

At the board session of December 2011, the NRBHSS adopted a resolution concerning the creation and implementation of a regional family and youth centre in Nunavik. There is a growing number of cases under youth protection and in delinquency among young persons aged 12 to 18 years, as well as a need for residential resources, foster families, group homes and rehabilitation centres. Our Strategic Regional Plan for 2009-2010 to 2015-2016 includes a series of measures to support the Departments of Youth Protection and Rehabilitation. There is also pressure resulting from the revision of the *Youth Protection Act* and the obligation of adapting our clinical practices and service organization to the clientele in order to conform to legislative measures. The best solution is an integrated management, under one board of directors, of all youth services on a regional basis. This will favour harmonized practices and the development of

resources for youths with addiction problems, intellectual impairment and other problems that hinder their social integration. Our staff is working very hard toward this goal.

In closing, I would like to point out the extraordinary work performed by our human resources in health and social services. Each of their actions is a major contribution toward improving our state of health. It is important to appreciate their work, which is sometimes carried out in difficult circumstances. That is why we need to make sure we offer them incentives to remain in the region, if we wish to continue offering health and social services that are increasingly better adapted and of better quality. We cannot abandon the effort now, and we need to work together toward our objectives. In that respect, I would also like to thank our partners and the members of the health and social services network for their exceptional collaboration.

Josepi Padlayat
Chairperson

Gilles Boulet
Acting Executive Director

Boards of Directors of the Nunavik Health and Social Services Network

The *Act respecting health services and social services and amending various legislative provisions* (1991, Chapter S-4.2) clearly outlines the responsibilities, rights and powers of board members. The act also provides for more precise mechanisms to make board members accountable and ensures transparency in the fulfilment of their duties.

The responsibilities of managers and board members are different. The responsibilities of board members are, among other things:

- establishing the priorities and orientations of the institution;
- ensuring that:
    - the services offered are pertinent, of high quality and effective;
    - the rights of users are respected and their complaints dealt with promptly;
    - human, material and financial resources are used economically and efficiently;
    - the persons who work in the institutions participate fully, are motivated and are offered the opportunity for professional development.

Board of Directors of the Regional Board

The board of directors of the regional board is composed of the following persons:



- one representative appointed by each northern village included in the territory referred to in section 530.1 (14 members);
- the executive director of each institution and another person appointed by the members of the board of directors of each institution, chosen from among the persons referred to in paragraph 1 of section 530.13 (4 members);
- a regional councillor appointed by the board of directors of the Kativik Regional Government (1 member);
- the executive director of the regional board (1 member).

During the session of February 17, 2012, a new executive committee was appointed by the members:

Josepi Padlayat	Chairperson, representative of the Inuulitsivik Health Centre;
Weetaluktuk, Eva	Vice-Chairperson, representative of Inukjuak;
Watt, Larry	Secretary, Acting Executive Director of the NRBHSS;
Pomerleau, Madge	member of the executive committee, Executive Director of the Ungava Tulattavik Health Centre;
Uitangak, Elisapi	member of the executive committee, representative of Puvirnituq.

Composition of the Board of Directors on March 31, 2012

Executive Committee

Padlayat, Josepi	Chairperson, representative of the Inuulitsivik Health Centre
Pomerleau, Madge	Member of the executive committee, Executive Director of the UTHC
Uitangak, Elisapi	Member of the executive committee, representative of Puvirnituq
Weetaluktuk, Eva	Vice-Chairperson, representative of Inukjuak
Vacant	Secretary, Acting Executive Director

Directors

• Angutinguak, Daisy	Aupaluk Representative
• Annanack, Kitty	KRG Representative
• Arngak, Alasie	Kangiqsujuaq Representative
• Baron, Christina	Kangiqsualujjuaq Representative
• Beaudoin, Jane	Inuulitsivik Executive Director
• Kulula, Louisa	Quaqtaq Representative
• Kumarluk, Willie	Umiujaq Representative
• Mangiuk, Qumaq L.	Ivujivik Representative
• Munick Kauki, Annie	Tasiujaq Representative
• Niviaxie, Lizzie	Kuujjuaraapik Representative
• Pauyungie, Illashuk	Salluit Representative
• Qaqutuk, Johnny	Akulivik Representative
• Snowball, Bobby Sr.	Kuujjuaq Representative
• Tukkiapik Carrier, Lucy	Kangirsuk Representative
• Uitangak, Elisapee	Puvirnituq Representative

No policies were adopted or modified during the fiscal year.

Executive Management

Emergency Prehospital Services and Emergency Measures

Emergency Prehospital Services

Interventions



The first responders of Nunavik provided their services on more than 1 260 occasions during the fiscal year. Spread out over a full year, that is the equivalent of an average of three interventions per day in Nunavik. In order to ensure that the first responders' skills are up-to-date, we have established an objective: starting in January 2012, all persons serving as first responders in the Nunavik municipalities must possess a card provided by the NRBHSS and which attests to their capacity to intervene. The qualification cards are awarded or renewed after various training sessions offered to the first responders; they are required to undergo an examination that validates their capacities to intervene appropriately, in the interest of the patients.

Defibrillators, EpiPens® and the Regional Director of Emergency Prehospital Services

This year, the NRBHSS retained the services of a medical advisor, who was already working in the Estrie region, to support the Nunavik prehospital network. In particular, Dr. Pierre Guérette's support enabled a project for the acquisition of defibrillators and EpiPens® in four communities of our region. Installed in the first responders' vehicles, the defibrillators and EpiPens® will permit much quicker intervention in cases of cardiac arrest or severe allergic reactions. Rapid intervention is critical to the survival of individuals in such acute situations.



For the moment, the above equipment is deployed in Kuujjuaraapik, Inukjuak, Salluit and Kangiqsualujjuaq. Other communities could acquire the same equipment in the very near future. However, that will require specific training for the users. Additional training to maintain skills will also be necessary for the responders, given that situations requiring use of the equipment occur relatively infrequently. After each use of the

equipment, Dr. Guérette will review the case to ensure the quality of the first responders' actions.

Training

According to the training program designed for the first responders of Nunavik, three different types of training are provided for these workers:

1. Complete training for new first responders or for those who have not undertaken training for maintaining their skills within the past two years (five full days of training);
2. Training to maintain skills (12 hours of training);
3. Specific training on use of defibrillators and EpiPens® (12 hours of training).

This year, 10 weeks of training were offered in the villages according to the most pressing needs:

	Complete training	Training to maintain skills	Specific training
Entire Hudson coast	April		
Salluit		May	October
Kangiqsujuaq		May	October and March
Quaqtaq		May and October	
Akulivik	June		
Tasiujaq	September		
Puvirnituq	November, February		
Inukjuak			December
Kuujjuaraapik			December
Umiujaq	January	December	
Kangiqsualujjuaq		March	

New Developments

This year, we intensified our efforts in order to proceed with implantation of first-response services in Puvirnituq. Work was carried out in collaboration with the Inuulitsivik Health Centre to ensure harmonious setup of the new services. To date, the collaborative effort necessary to the implantation has required the input of many individuals from the NRBHSS, the health centre and the Municipality of Puvirnituq.

The NRBHSS also reserved funds for the purchase of the equipment necessary to the new services, notably an ambulance expected for the summer 2012. According to an agreement concluded between the NRBHSS and the Municipality of Puvirnituq, an envelope was also

earmarked to cover the municipality's expenses relative to the emergency vehicle and the salaries of the first responders for on-duty services 24/7 and their interventions.

Funds have also been set aside by the NRBHSS for replacing certain equipment and vehicles that have become obsolete in some of the Nunavik villages.

Civil Security

This year, the most notable event in civil security was the issue of the Challenger. Pursuant to a problem with lowering of the landing gear on the government aircraft on April 8, 2011, the services of this medical-evacuation aircraft had to be suspended in Puvirnituq and Kuujjuaraapik.

Apparently, the gravel kit installed on the aircraft, which enables it to land on a gravel runway, caused a problem with the landing gear and had to be removed. As Kuujjuaq then became the only Nunavik community where the Challenger could land, the evacuation services had to be modified by redirecting patients from Puvirnituq to Kuujjuaq and redirecting patients from Kuujjuaraapik to LG-2. Fortunately, after a review involving aeronautical engineering, a new gravel kit was designed and installed. Evacuation services resumed in the above villages in July 2011, roughly three months later.

Department of Planning and Programming

Message from the Acting Director

The Director of Planning and Programming assumed his duties in May 2011. The principal actions involved high-priority issues such as youths, addictions and mental health.

The working committees and the advisory committees under the clinical project, managed by Inuit, remain active and their recommendations will very shortly be presented to the executive committees of the regional board, the health centres and the partners concerned for adoption and improvements.

"The clinical project offers the Inuit an opportunity to appropriate power over orientations in the health system and ensure that services reflect their values, desires, needs and culture while respecting the legislative framework" (from the 2010-2011 annual report, p. 26).

We would like to thank all the participants in these committees; a strong presence as well as support and funding are required of all the partners for the benefit of the territory's children, adults and elderly persons according to the problems taking priority.

For the moment, the team at the regional board is incomplete. Officers, advisors and a new director are needed for current and future portfolios. We hope to fill the vacant positions as quickly as possible and that the new team members are integrated in accordance with Inuit values and culture as well as with the overall expectations.

Gilles Boulet

Clinical Project

The clinical project is a revision of health and social services required by the Government of Québec. In Nunavik, this process was launched in the fall 2009 by the region's two health centres and the NRBHSS. First, both health centres decided to revise the services under the service programs for youth in difficulty, mental health and addictions.

Priorities among the services to improve or develop

Within the three service programs identified as priorities, several services were deemed as requiring improvement or as nonexistent in the region. With the goal of deciding which services should be improved or developed as priorities in the region, a steering committee for the health and well-being partners in Nunavik was created. That committee brought together more than 30 organizations from the community and institutional sectors in June 2010 in Kuujjuaq.

The steering committee enabled refocussing the clinical project according to a major demand from the Inuit representatives. The partners asked that the Inuit be significantly involved in each step of the formulation of recommendations relative to services. Creation of working and advisory committees started in the fall 2011.

Work Progress of Clinical Project Committees

Addictions Training

In December 2011, the Addictions Subcommittee was created to work with the Centre Dollard-Cormier on addictions training for CLSC front-line workers in Nunavik and to report to the Addictions Training Committee regularly for recommendations and advice.

The next steps are as follows:

- prepare addictions training guidelines for the trainers in both English and Inuktitut;
- plan and implement the Centre Dollard-Cormier's training for CLSC front-line workers in Nunavik;
- meet with the Addictions Advisory Committee for recommendations and feedback on the work done in the last six months;
- discuss what services are needed in Nunavik regarding addictions.

Nuisuurq Committee (FASD)

The Kativik School Board has identified 400 students requiring urgent assessment for learning and behaviour difficulties that may be linked to FASD. The communities of Kangiqsualujjuaq and Kuujjuaraapik conducted a study on students in 2011 which found that 68% and 81% of their students respectively had learning or behaviour disorders.

The Nuisuurq Working Committee conducted an interview with front-line workers (teachers, youth-protection workers, social workers, midwives, physicians, day-care workers and politicians) and mothers. The results have yet to be analyzed.

The Nuisuurq Working Committee invited Dr. Kent Saylor, FASD specialist with McGill's Northern Program, to present an overview on FASD and the diagnostic and screening process for children who may have been affected by alcohol exposure during pregnancy.

The next step for the committee will be a meeting with the advisory committee for a progress report and to seek further advice on FASD-related actions in Nunavik.

Youths: Neglect and Parental Support

Significant progress has been made in establishing programs for parental support in Nunavik to combat neglect, pursuant to the recommendations of the Qiturngavut Committee, whose members wrote up the final recommendations report in January 2012.

The committee members believe that in order to respond to problems related to child neglect in Nunavik in a lasting and effective manner, the institutions and organizations must cooperate on five principal levels:

- support working relations and the sharing of resources among regional organizations;
- develop and maintain adequate Inuit human resources;
- adopt, reinforce and support a regional program on parental skills;
- create a community network of parental-support services jointly with other sectors for families with specific needs;
- ensure availability of ongoing and accessible support for parents in each Nunavik community.

The report is still pending presentation to the youth advisory committee (May 2012).

Mental Health and Suicide Prevention

- Ongoing work within the mental-health advisory committee:

- The advisory committee met three times during the year and enabled setup of the working committee on suicide prevention as well as monitoring of progress in the committees' work. The committee decided to adopt the principles established in the Alianait Plan, developed by ITK. The committee also participated in a joint meeting with the addictions advisory committee with the goal of discussing shared preoccupations.

- Ongoing work within the working committee for the improvement of residential resources in mental health:
  - The working committee met five times during the year. The members spoke with various workers in mental health as well as with residents of the resources and their families in order to gain a better understanding of the needs and the potential improvements. The committee is presently composing the recommendations report for submission to the mental-health advisory committee.

- Creation of a working committee on suicide prevention:
  - The working committee's goal is to propose a regional suicide-prevention strategy. The members met three times during the year and will continue their meetings until the recommendations report is submitted to the advisory committee.

Front-Line Programs for Children, Youths and Families

Speech-Therapy Project

In 2009, the NRBHSS and the Kativik School Board collaborated over a three-year period to develop a range of services in speech therapy for the clientele aged 0 to 12 years with language problems on the Nunavik territory. For that purpose, one teacher in each community receives training from McGill University over five sessions to ensure:

- screening in the early-childhood centres (ECCs) for children with emerging hearing or speech disorders;
- awareness among the ECC workers of the primary symptoms that indicate hearing or speech disorders;
- early intervention and treatment of hearing and speech difficulties.

The teachers should begin the services according to the established schedule.

Youth Protection

- The region is still facing a major problem of personnel turnover. We have noted that the personnel's average length of stay is 18 months, in spite of the incentives offered such as the retention premium of 12%, the mentoring program and so forth.

- There are many difficulties in hiring in the North and South in spite of the local presence of a professional in hiring and training and an agreement with the youth centres. As Nunavik competes with the other regions (due to the manpower shortage), it encounters difficulties in attracting professionals, especially those with experience.

- The terms of reference for a research project on retaining human resources were established with the Regional Department of Human Resources.

- The service agreement with Marie-Victorin College was renewed. It includes orientation for new employees as well as training and mentoring for the personnel of youth protection and rehabilitation. In the second phase, we plan on integrating the front-line personnel.

- We continued our support for deployment of the system for the youth-integration project; it will be operational at the UTHC's Department of Youth Protection on April 1, 2012. The system at the IHC is in the implantation phase.

- Concerning *Draft Bill 21*, which intends to restrict the tasks of evaluating beneficiaries and planning intervention to members of professional corporations, i.e., university graduates subject to their corporations' codes of ethics and quality standards (psychologists, social workers, etc.), representations were made in order to present the region's point of view. Application of the bill in the North would automatically exclude the Inuit and the human-relations officers, the latter being graduates of the humanities and therefore not members of a professional corporation; the result would be to exclude more than half of the personnel in youth protection.

- The number of reported cases rises by approximately 15% annually.

- In collaboration with the *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse* [Human and youth rights commission] and the *MSSS*, we finalized the agreement on English education for Inuit youths placed in the South.

Rehabilitation

- A regional rehabilitation committee was created and brings together the executive directors of the health centres and the regional board. The committee's mandate is to provide recommendations for regional authorities concerning the development and management of rehabilitation services for youths aged 6 to 18 years.

- A regional director of rehabilitation was hired; the position had been vacant for one and one-half years.

- Access services were patriated to the North.

- The transition plan to close the boys' unit of the Ulluriaq Project, Boscoville 2000, and to transfer the clientele to Sapummivik was set in motion:

  - ✓ personnel meeting;
  - ✓ assessment of training needs;
  - ✓ opening of positions for educators;
  - ✓ reorganization of the management personnel's tasks;
  - ✓ training program and supervision measures offered by Boscoville 2000.

- Specialized foster families for children aged 6 to 12 years were recruited in Kuujjuaq and Kuujjuaraapik.

- Preparatory work for the construction of the rehabilitation centre in Inukjuak was carried out:

  - ✓ meeting with Inukjuak's elected officials;
  - ✓ production of the document on needs in order to obtain *MSSS* authorization to proceed with the FTP;
  - ✓ consultation with the project leader and a team of rehabilitation experts;
  - ✓ work on the concept of places in temporary detention in the region.

Creation of the Youth and Family Centre

- A steering committee for the centre was set up.

- The IHC, the UTHC and the regional board have committed to the project for creation of the youth centre.

- A meeting was held with the *ACJQ* to obtain its approval for the youth-centre project.

- A meeting was requested with the *MSSS* to obtain approval of the *Direction des affaires autochtones, ethnoculturelles et régions nordiques* and the social services division of the *Direction des jeunes et des familles* for the youth-centre project.

- An organizational audit was conducted on the provision of youth-protection services, application of the *Youth Criminal Justice Act*, rehabilitation services in Nunavik and a proposal for an organizational model for the youth centre. The report on Nunavik youth-protection services was submitted to the directors of Youth Protection and will be presented to the steering committee for the youth centre; the descriptive analysis produced by Boscoville was presented to the regional rehabilitation committee.

- Revisions were made to the plan of action for youth protection and rehabilitation: budgets, preliminary work on lists of positions at the health centres, assessment of needs for housing and work space for the personnel, per village.

Adult and Community Service Programs

This team's mandate is to support the Department of Planning and Programming. It consists of an advisor and five officers responsible for developing and deploying a service supply adapted to the reality and needs of our region's clientele:

- mental health, suicide prevention, men's health and well-being;
- family violence and sexual assault;
- physical rehabilitation and persons lacking autonomy;
- community organizations, support for resource development.

Mental Health, Suicide Prevention, Men's Health and Well-Being

Mental Health

- Training activities continued for the workers of residential resources in mental health. A two-day training session was offered by the Douglas Hospital at each installation. A total of 36 persons participated: 14 at the crisis centre, 11 at the reintegration centre and 11 in the supervised apartments. The goal of the training was to present the basic concepts of mental health and provide the personnel members with the basic tools to ensure better support for them in their work.

- Support was provided for the training on evaluating dangerousness, offered at the Tulattavik Health Centre.

Suicide Prevention

- Support was provided for the participation of youths and professionals in the event "Dialogue for Life," a one-week conference organized annually by the First Nations and Inuit Suicide Prevention Association of Québec and Labrador. Workshops are organized by the Inuit and First Nations or professionals working among these populations and present the aboriginal point of view as well as aboriginal strategies for suicide prevention. Workshops on healing, training and youth-specific programming are also held within the conference. A total of 18 persons from various organizations (Inuulitsivik and Tulattavik Health Centres, Ungava community residence and Saputiit) participated.

- Follow-up was ensured for training activities in suicide prevention; three ASIST workshops were offered by Inuit trainers in the villages.

- Follow-up was also carried out for post-intervention activities in the villages; six workshops on grieving after a suicide or traumatic event were held.

Family Violence, Sexual Assault and Women's Health

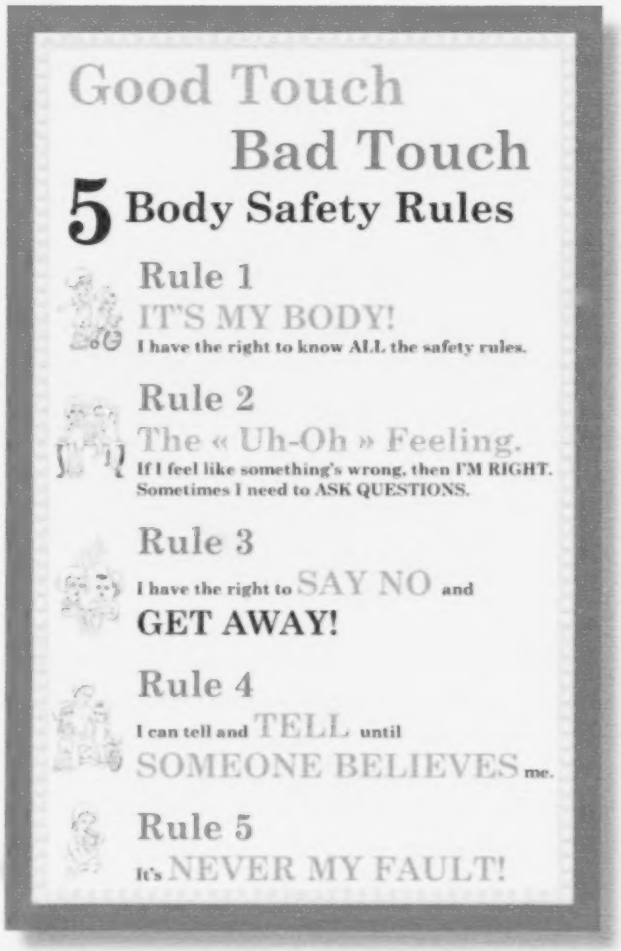
Public-awareness projects aimed at combatting family violence and sexual assault in the region were implanted through successful partnerships between the various regional actors. The development of services for victims of violence and sexual assault was also at the heart of the activities carried out.

Good Touch / Bad Touch Project

- Good Touch / Bad Touch is a prevention program designed for preschool and primary-school children; it teaches them the skills necessary to recognizing and preventing sexual abuse as well as how to react in situations of abuse. The program contributes to the creation of safe school environments and encourages discussion between adults and children.

  A regional committee composed of representatives of various organizations, notably the Kativik Regional Police Force (KRPF), the Kativik School Board (KSB) and the Ungava Tulattavik Health Centre (UTHC), was created to design a pilot project to adapt this program to Nunavik.

  In the spring 2011, meetings were held with 21 student groups from the Pitakallak and Jaanimmarik Schools of Kuujjuaq. Evaluation of the implantation led to a decision to target kindergarten children and first graders for continued deployment of the program in 2011-2012.





Information booklet on child sexual abuse

During the year, several teaching, awareness and information tools were adapted or created and translated: teacher's guides, history books, colouring books, posters, pullovers and so forth. Further, information booklets on child sexual abuse were designed for distribution in all the post-office boxes of the communities visited.

In March 2012, the regional committee visited Quaqtaq for nearly two weeks to apply the new formula for the project. During the first week, the team met with community members, local workers, school staff and parents to raise their awareness of sexual abuse and the importance of collective responsibility relative to the problem. During the second week, the team held workshops with the children to teach them the program content. An evaluation was carried out to adjust the program content and prepare a schedule in view of implantation in other schools or other grades in 2012-2013.

Regional Campaigns for Nunavik Day for the Elimination of Violence (November 25, 2011) and International Women's Day (March 8, 2012)

- These campaigns consisted of designing awareness materials, such as messages for radio broadcast and posters, as well as mobilizing and supporting the communities in organizing local initiatives.

Development of Medical and Psychosocial Services for Victims of Sexual Assault

- Several meetings were held in the spring 2011 to restructure the project after its transfer from the IHC's Department of Nursing to the Department of Social Services and after the departure of the professionals assigned to the project at both the IHC and the UTHC. Subsequently, only a few activities were carried out, as the professionals of the health centres were not replaced.

Reinforcement of the Women's Shelters' Capacities

- The directors of the Tungasuvvik and Initsiaq women's shelters were supported in the preparation and posting of their vacant positions. Meetings and training sessions were organized for the directors and the personnel of the shelters to privilege their networking and improve the services for victims of violence: one-week training on management organized in April 2011 for Initsiaq, participation of a representative of Ajapirvik in the consultation on the new governmental plan of action on violence, participation of the directors in meetings of the network of aboriginal shelters in September 2011 and

February 2012, two-day training in March 2012 at Ajapirvik on intervention among victims of sexual assault, etc.

AFF Persons Lacking Autonomy, Elders and Rehabilitation

Home and Community Care

- A total of 2 805 clients received services under the home and community-care program.
- The program offered services to all ages: children, youth, adults and elders.
- A total of 17 682 hours of services was provided:
  - assisted living: 4 114;
  - nursing: 3 078;
  - personal care: 6 395.
- Over 90% of the services were for maintenance and long-term-supportive care.

- On February 18, 2012, a social worker for home and community care based in Inukjuak attended training on intervening in cases of elder abuse in Montréal.

Elders

- On April 18, 2011, the third training session for managers of elders' homes started in Kuujjuaq and was followed by trainers' work sessions in the communities of Puvirnituq and Kangiqsujuaq.



- From May 2 to 6, 2012, the "Kuujjuaq Women Elders: On the Land" pilot project was carried out at Qingauyaq. Approximately 10 elders benefitted from healing through sharing and cultural activities and contributed to discussions on prevention and intervention in cases of elder abuse. The project was possible due to the collaboration of Pauktuutit Inuit Women of Canada, the NRBHSS, the KRG, the community of Kuujjuaq and two counsellors from Nunavut.

- On June 15, 2011, the third regional campaign marked World Elder Abuse Awareness Day.





- Moreover, the month of June was designated as elders' month. Many communities organized activities for elders, in which community members took part in regional photo and postcard contests and united by wearing purple ribbons and honking horns at 3:00 p.m. Our elders were celebrated thank to the collaboration of the communities and their leaders, the Nunavik Elders' Committee, the KRG and the NRBHSS.

- On October 1, 2011, International Elders' Day, the regional poster campaign was yet again embraced by the Nunavik communities.

- In October 2011, the project "Development of Nunavik Elder's Homes" was launched with the hiring of a consultant who is collaborating with various regional organizations and communities on the Hudson coast to ensure funding and begin building elders' homes in Inukjuak and Salluit.

- In November 2011, collaboration was established with the *ministère de la Famille et des Aînés* and the *MSSS* in order to start implementation of the *Québec Action Plan to Counter Elder Abuse*. The Department of Planning and Programming is collaborating in this portfolio.

- On January 18, 2012, a pilot project with Rebecca Veevee was carried out in Kuujjuaq. The community members and elders had a chance to enjoy an event promoting healthy lifestyles and prevention of diabetes.

- In March 2012, a pilot project, "Meals-on-wheels for Kuujjuaq elders," was implemented at the supervised apartments. The residents benefitted from training on life skills and elders and others had nutritious meals delivered to their homes.

Rehabilitation

- The team of expert consultants was selected and the framework established in order to proceed with obtaining an updated portrait of Nunavik persons with disabilities.

Community Organizations

The Nunavik Regional Board of Health and Social Services continues to fund community organizations that play a very important role in providing support and front-line services to the communities of Nunavik. These include:

- three women's shelters (Kuujjuaq, Salluit, Inukjuak);
- two elders' homes (Kuujjuaq, Kangiqsujuaq);
- two community supervised apartments: one on the Ungava coast and one on the Hudson coast;
- the Inuit Women's Association of Nunavik;
- the Isuarsivik Treatment Centre in Kuujjuaq;
- the Qajaq resource network for men in Nunavik;
- the Tasiutigiit Association for Inuit Families in Montréal.

The most recent project was "Youth Activities," in which several organizations worked together to offer youth a positive experience after school hours and on weekends:

- the Kativik Regional Government through its Recreation Department and Employment and Training Department;
- Makivik's Ungaluk program;
- Kuujjuaq mayor Paul Parsons;
- the Kuujjuaq Municipal Council and its Recreation Department;
- *Kuujjuamiut*;
- the Nunavik Youth House Association;
- the Nunavik Regional Board of Health and Social Services and its Planning and Programming and Administrative Services Departments;
- Dawson College's Community Recreation and Leadership Training Program for providing its expertise and allowing two of its graduating students to come to Kuujjuaq for three months to assist and work with interested Inuit young persons at developing organized, structured and supervised activities for youth.

The Community Recreation and Leadership Training program has expressed a strong commitment in continuing to provide support for the "Youth Activities" project in Kuujjuaq and starting similar initiatives in other Nunavik communities when the community leaders express the need and desire to create such a resource in their community.

The youth of Kuujjuaq greatly benefitted from this project: children had the opportunity to go to the Nunavik Youth House (The Dome) or the Kuujjuaq Forum any time after school hours or on

weekends. The facilitators and assistant coordinators enjoyed their responsibilities in providing a safe and fun skills-building environment for children and youth.

Unfortunately, the Sinittavik project (safe house for youths) has ended for a number of reasons. Saputiit, the organization heading the project, held elections for its president and much of the day-to-day functions were ignored, follow-up training for Sinittavik's new employees was not provided and the activity and financial reports were not submitted on time, forcing the funding organizations to withhold further support until the required documents were received.

Now that Saputiit has a new president and has resolved certain affairs, there is hope that the Sinittavik project will resume and provide a safe place for youths when they have nowhere else to stay.

Medical Affairs and Physical Health

Our team consists of an advisor, a new position for officer (currently vacant) since February 2012, the Director of Medical and University Affairs, Dr. Nathalie Boulanger, and secretaries from Planning and Programming.

The team's mandate is to plan and coordinate physical-health services, notably front-line, general, specialized and overspecialized services, as well as services relative to cancer and so forth.

Regional Department of General Practice (RDGP)

Throughout the year, it is important for the regional board to attend meetings of the Regional Department of General Practice (RDGP). The department's goal is to provide recommendations on various projects involving front-line services, the regional medical manpower plan for general practitioners and the regional medical-services organization plan. The meetings enable the regional board to follow, comprehend and get involved in the various issues as well as to work closely with the department.

Physicians

To ensure continuity in the care provided by the physicians for the population, the regional board works on several fronts. In terms of recruitment, a large part of the efforts is concentrated on medical students and residents. Whether in career fairs or in funding internships, the regional board is proactive and committed to representing Nunavik in Québec. A new initiative this year is investment with a marketing firm to assist in recruitment in Québec with particular attention to the North.

For the purpose of retaining medical personnel, the regional board manages funds to provide northern premiums for installation, maintenance and retention for physicians. Part of those funds is also used to encourage ongoing training for physicians.

The region counts on the presence of 20 physicians: 10 full time and 10 part time. This year saw the following activities:

- integration of five new physicians for the region as defined by the *MSSS*;
- nine summer internships for medical students;
- residencies, externships and specialists' visits:
  - ✓ presence on the territory of residents in specialties;
  - ✓ three-day visit for anaesthesia;
  - ✓ 22 months of internships in family medicine;
  - ✓ 14-day visit for emergency medicine;
  - ✓ four three-day visits for child psychiatry;
  - ✓ six-day visit for psychiatry;
  - ✓ five three-day visits for ENT;
  - ✓ three three-day visits for ophthalmology;
  - ✓ three-day visit for orthopedics;
- activity for ongoing medical training involving 12 physicians;
- six meetings with the RDGP executive committee;
- meetings with the Regional Department of Medical and University Affairs each time Dr. Boulanger visited Kuujjuaq;
- regular meetings (four times per year) with the *MSSS*' committee for coordination and consultation for medical and university affairs.

Optilab (Laboratories)

The *ministère de la Santé et des Services sociaux* began a process to optimize the services offered by the biomedical laboratories of Québec. The regional board was tasked with heading this portfolio for the Nunavik region. In April 2012, the first meeting was organized with the various parties involved in order to assess the current needs and potential solutions. We are in the initial stages of this project, and for the upcoming year, there will surely be progress and new developments to respond efficiently to the population's needs.

Telehealth

The McGill integrated university health network (*RUIS*) is responsible for deploying telehealth projects in our region. In 2011-2012, the equipment necessary to remote consultations in each of the villages was shipped by boat and delivered as scheduled: cameras, stethoscopes, otoscopes and computers mounted on wheeled stands (Station 150), for use in treatment rooms.



For telehealth consultations, the health centres and CLSCs must apply with the McGill telehealth coordination centre (CTEC), and a minimum of two conferences per month is required for each piece of equipment deployed on the territory. Since December 2011, we have attained and exceeded the expected results.

Fixed cameras for consultations in telepsychiatry were also installed in the villages that applied.

Training for all users—physicians, nurses, social workers, physiotherapists, rehabilitation technicians, secretaries and technicians—is available on the McGill *RUIS*' telehealth network. These new technologies will be adapted progressively and we expect to make full use of them for the greatest possible number of direct consultations in the North with specialists in the South. Pamphlets on remote consultation and telehealth will be translated shortly and distributed to all Nunavik families to help them understand the changes.

Needs in Telehealth

- Various needs ranging from front- to third-line services (adult and pediatric)
- General consultation
- Specialized consultation
- Case discussions
- Follow-up after hospitalization and after visits to the communities
- Ongoing training

Service Supply

- Flexible network approach for the service corridors for various remote consultations (front- to third-line services)
- Support for visits to the region
- Scientific conferences
- Support for professional practice
- Coordination within and between the integrated university health networks
- Supraregional mission (e.g., eating disorders (CvSSS.ca))

Optimization of Transcribed Ultrasound Examinations

Ultrasounds are carried out according to the patients' needs and medical prescriptions. The technicians perform the examinations but cannot provide a diagnosis. That task is assigned to the radiologist, and for our region, that specialist interprets the results in the South after transmission and reception of the data.

A process is under way to optimize the techniques for these examinations and improve their transmission and interpretation time or the period before a diagnosis is rendered. That information could result in quicker decisions for the benefit of the patients treated.

Deployment of the Québec Prenatal Screening Program for Down's Syndrome

The goal of the Québec prenatal screening program for Down's syndrome is to make the screening accessible to pregnant women and couples of Québec on a voluntary basis. This disease affects children's intellectual development and can also cause other health problems. However, those affected are able to develop profound emotional relationships and lead lives satisfying to both themselves and their loved ones.

The screening is performed through a blood test from the mother during pregnancy. When a user decides to participate in the Québec prenatal screening program for Down's syndrome, she receives the details from the physician monitoring her pregnancy or from another health professional.

In the upcoming year, the Government of Québec will prepare deployment of another program to screen for hearing problems among newborns.

Continuity in Psychiatric Services

Hospitalization services for patients with psychiatric disorders are now under the responsibility of the McGill *RUIS* instead of the Notre-Dame Hospital, which held that responsibility for many years.

That change resulted in new procedures to retain the services with the hospital centres in the South. The *ministère de la Santé et des Services* allocated two new psychiatrist positions with obligatory network responsibilities for the Nunavik region. The resources will practise in the Montréal region with the obligation to provide services for Nunavik patients within the health network.

To establish those services, we are presently drafting a memorandum of understanding between the parties concerned (McGill *RUIS*, Douglas Institute, NRBHSS).

A symposium on mental health is being planned with the partners of the McGill *RUIS* for April 13, 2012, in relation to the program for ongoing training and jointly with Dr. Tewfik Said.

Department of Public Health

Message from the Director

The following highlights marked the year 2011-2012:

- relatively infrequent in the region over the past few years, tuberculosis reappeared in force. One community experienced a small outbreak whereas another suffered a major one that was not yet fully under control by the end of March 2012. That outbreak necessitated redoubled efforts from the personnel of the Department of Public Health, the Ungava Tulattavik Health Centre and the community's CLSC. Additional resources (human, financial and physical) were provided;
- the results of the cohort study conducted by Dr. Gina Muckle among Nunavik children then aged 11 and 12 years, as well as the resulting public–health recommendations, were made public. Several communication activities targeting the Nunavik population as a priority were carried out;
- we began approaching the communities targeted for integrative projects related to child development. For the two projects in question (overall child development in day-cares and ISPEC-type approach), the communities approached manifested great interest in implanting such projects and being involved in supporting the workers;
- representatives of our department participated in psychosocial projects aimed at preventing violence, sexual abuse and so forth. The initial feedback we received has been very favourable and has encouraged us to increase our involvement in efforts relative to these problems, with a concern for promoting projects recognized as effective and which involve the fewest possible negative effects;
- the outbreak of gonorrheal infections persists. In spite of numerous efforts, both regional and local, in 2011 we received a large number of reported cases of this sexually transmitted infection.

Serge Déry, M.D.

Human Resources

In 2011-2012, we succeeded in filling the position for regional advisor for the prevention and control of infectious diseases.

On March 31, 2012, the position for environmental-health officer was still vacant. The Public Health Agency of Canada informed us that after the last federal budget, the position allocated to us was no longer available. We therefore need to find another funding source for the position, which has a certain strategic importance, notably with the launch of the *Plan Nord*.

Protection of Public Health

This component was the object of much action.

Infectious Diseases

Non-STBI, Reportable (*MADO*) Diseases

- During 2011, the DPH received and processed 70 reports of *MADO* diseases other than STBIs (sexually transmitted and bloodborne infections) (by comparison, 44 episodes were reported the previous year). The number of reported cases of active tuberculosis nearly tripled (44 compared to 16). In the first quarter of 2012 alone, we received 25 reports of tuberculosis cases.

  Note that the outbreak of measles that affected several regions of Québec spared Nunavik entirely. Needless to say, the excellent immunization coverage rates achieved in the region contributed to protecting our population.

  Concerning rabies, seven foxes and four dogs in Nunavik were declared infected with the disease. A new Québec intervention guide aimed at preventing human cases of rabies was distributed to the professionals involved.

Sexually Transmitted and Bloodborne Infections (STBIs)

- During the 12-month period from January 1 to December 31, 2011, 204 cases of gonorrhea were reported in Nunavik, which represents an increase of five cases compared to the previous year and the highest annual total of gonorrhea cases ever reported in Nunavik. Thus our region has one of the highest incidence rates in Québec. As in previous years, the proportion of cases that occurred in the Hudson communities (55%) exceeded that of the Ungava (45%). More than half of the cases (63%) occurred among individuals aged less than 30 years.

- For the region, the number of genital *Chlamydia trachomatis* infections rose slightly in 2011 compared to 2010 (247 cases in 2011, 229 cases in 2010). As with gonorrhea, the region's incidence rates are clearly higher than those for Québec, with the highest rates found among young persons.

- Finally, data from the Québec monitoring program for HIV infection indicate that between January 2002 and July 2009 (a period of seven years), 10 cases of HIV seropositivity were reported among Inuit living in Québec. During the past five years, three new cases of chronic carriers of hepatitis B and three new cases of hepatitis C were reported.

Occupational Health

Preventive Withdrawal of Pregnant or Breast-Feeding Workers

- During 2011, our medical advisors processed 130 applications for preventive withdrawal of pregnant or breast-feeding workers, which constitutes an increase of 24% compared to the previous year. The vast majority of requests for consultation from workers originated from the education (day-care educators, teachers), health (nurses) and commercial (cashiers) sectors.

Health Programs Specific to the Mining Sector

- Application of health programs specific to firms in the mining sector continued during 2011. Recall that this activity sector is undergoing major developments that should intensify in the coming years, notably due to implantation of the *Plan Nord*. A physician and a nurse of the Department of Public Health carried out prevention activities in this important sector in Nunavik which counts more than 1 000 workers in five mining enterprises. The following were among the principal actions carried out during the year:

    - identification of workplace hazards;
    - provision of information for mining workers and employees on the health effects of various types of stressors, such as lead, silica dust, noise, welding fumes, etc., as well as on the preventive measures to be set up by the enterprises to protect worker health;
    - medical surveillance of workers exposed to lead, silica dust, biohazards and food allergies;
    - presentation of reports on visits and meetings with members of the enterprises' occupational health and safety committees;
    - follow-up to measures aimed at ensuring the presence of adequate first-aid services at the mining sites.

Occupational-Health Program in the Nunavik Municipalities

- Actions aimed at preventing occupational-health problems continued to target the municipal sector. The nurse based in Kuujjuaq carried out preventive activities among the 14 Nunavik municipalities. Thus, in 2011, the establishments in the 14 municipalities (municipal garages, fire stations, arenas, carpentry workshops, sewage-dumping sites and potable water-distribution points) were visited by the occupational-health team of the Department of Public Health. All the police stations were also visited. The municipal employees, the employers and the police officers were informed of the hazards present in their workplace (noise, welding fumes, biohazards, ergonomic hazards and so forth) and the measures set up to prevent those hazards. Reports on the visits were sent to the mayor and managers of each municipality visited as well as to the police stations. All the reports are available in the three languages (Inuktitut, English and French).

  Of particular note is a meeting between the occupational-health team and representatives of the Kativik Regional Government which enabled establishing collaborative mechanisms between the two organizations aimed at supporting the municipalities in applying the recommendations relative to prevention in the workplace.

- The regional team also responded to several requests from the sector during the year. Those requests particularly concerned the quality of indoor air in Nunavik establishments.

Prevention and Health Promotion

Prevention means action before the onset of a health problem. Health promotion is a major component of the activities carried out in public health. Defined as a process that grants populations with the means to ensure greater control over their own health and improve it, health promotion is based on five principal strategies that underlie our interventions: design of sound public policies, creation of favourable environments, reinforcement of community action, acquisition of individual skills and reorientation of health services (source: *Ottawa Charter*). Health promotion supports and encourages public authorities of all sectors and all levels to adopt health, fiscal and social policies that privilege health, equity and the creation of healthy environments (e.g., legislative, financial and fiscal measures, organizational changes).

As in previous years, the RDPH carried out many activities in both prevention and health promotion.

Immunization

Measles Vaccination

The year 2011 was marked by the mass vaccination against the measles virus carried out in the schools. In Nunavik, given that the immunization coverage rate in schools was already at 95% or better, only certain groups were checked for immunization status and were offered vaccination if necessary. These were seventh graders, fourth graders, students of secondary I-II-III and students and employees born outside Nunavik (as the data were not known). Kindergarten children will also have their immunization status checked during the return to school in 2012. This vaccination campaign required the collaboration of the Department of Public Health and the Executive Management Department of the NRBHSS, the administration of both health centres and all the points of service, and the administration of the Kativik School Board and the schools. Major efforts were made in all the phases of the campaign: operational preparations, communications, logistical organization, maintenance of the cold chain, reception and redistribution of vaccines, training for vaccination personnel, monitoring of vaccine side effects and so forth.

The immunization coverage rate, calculated according to the population denominators we normally use, was 99.4% for seventh graders and students of secondary I-II-III. For the students and employees born outside Nunavik, participation rates were much lower. The immunization coverage rate (with supporting evidence) was only 14.5%. The data on fourth graders will arrive later, as the nurses have until the end of the school year to complete their vaccination.

Vaccination against Rotavirus

A vaccine against rotavirus, a virus that causes gastroenteritis, was introduced in the regular schedule for infants aged two to seven months in November 2011. It is administered in two doses during follow-up visits for infants at two and four months. According to clinical studies, its effectiveness in the first season lies between 74% and 87% for preventing rotavirus-caused gastroenteritis, between 96% and 98% for preventing acute rotavirus-caused gastroenteritis and at 96% for preventing hospitalizations for rotavirus-caused gastroenteritis.

Training

A number of training activities were offered to the region's nursing and pharmacy personnel covering various topics: introduction of the rotavirus vaccine in the regular schedule, school vaccination, seasonal influenza and measles. The regional advisor attended an international conference on breaks in the cold chain in February 2012.

Campaign on Seasonal Influenza

Given that everyone in Nunavik is at risk of contracting or spreading influenza, vaccination has now been offered to the entire population free of charge for five years.

Vaccination in Schools

Numerous vaccines were offered in the schools during the year: hepatitis A and B and human papillomavirus (HPV) in fourth grade, dTap (diphtheria-tetanus-acellular pertussis), human papillomavirus (HPV) and checking of immunization status in seventh grade, booster dTap (diphtheria-tetanus-acellular pertussis), human papillomavirus (HPV) and checking of immunization status in secondary I-II-III. Contrary to certain regions that had to postpone school vaccinations due to the vaccination campaign against measles, Nunavik was able to maintain those activities in their entirety.

Management of Immunizing Agents

Since July 2011, immunizing agents have been managed by our advisor for the prevention and control of infectious diseases. Further, she belongs to the provincial group of respondents for management of immunizing agents. For 2011-2012, we experienced 11 breaks in the cold chain requiring destruction of vaccines, 6 of which occurred during shipping and 5 during storage. We remain quite satisfied with our collaboration with our two institutions and our regional depot.

We participated in a working group on the shake test for determining whether, after a break in the cold chain, an adsorbed vaccine with aluminum adjuvant may be kept or not. This is a technique validated by the World Health Organization (WHO), recommended by the *Conseil interprofessionnel du Québec* (*CIQ*) and ratified by the group for the Québec immunization protocol (*PIQ*) pursuant to our recommendations.

For 2011-2012, we plan to start using the information system for protection against infectious diseases (SI-PMI). This computerized system is now in use in most regions of the province. It will enable us to manage vaccines more efficiently and thus offer a better service to the community. Further, our advisor for the prevention and control of infectious diseases along with a technical assistant from the pharmacy of each institution will attend a three-day training session on the topic in June 2012.

Prevention of Nosocomial Infections

Our regional advisor for the prevention and control of infectious diseases has held that position since July 2011. The regional committee for the prevention of nosocomial infections resumed its activities in February 2012. The regional advisor's mandate is to produce a 2012-2017 regional plan of action for the prevention of nosocomial infections. The nurses of the two health institutions must work on the working plans at the local level.

Training

The regional advisor attended a colloquium on the prevention of infections organized by the Community and Hospital Infection Control Association (CHICA) in October 2011. The Department of Public Health funded the participation of the regional advisor and the nurses responsible for the prevention of infections of the two institutions in the 2011 annual public-health days [*Journées annuelles de santé publique*].

Prevention of Infections in Day-Cares

The activities of the regional committee for the prevention of infections in day-cares were not developed further. However, we were able to respond to the institutions' pressing demands. The regional committee's activities should resume during 2012-2013.

Anti-Smoking Efforts

"Quit to Win" Challenge

This year's challenge was the ninth annual contest organized for adolescent and adult smokers. Held over a six-week period, the challenge saw a total of 201 participants (79 adolescents and 122 adults). Among those, 22 individuals succeeded in quitting smoking for the full duration of the challenge. The contest continues to attract much interest in the region.

Born Smoke-Free

This program (with a new title and a new logo) provides new, educational materials. It promotes a smoke-free environment for newborns and their families. It completes the smoking component of the program Growing Healthy Together BABIES. A key learning element gleaned from the program's evaluation is that the message must be introduced very early in the prenatal period and then reinforced in the postnatal period.

Training and Follow-up for Local Workers in Smoking Prevention and Cessation

Workshops intended for teachers were held in Kuujjuaq and Inukjuak during the summer. The summary content of a range of health-promotion resources was presented to the school principals and guidance counsellors. Another training program was also offered to the community wellness workers, guidance counsellors and principals, specifically targeting smoking prevention and control. Subsequently, those individuals were followed up to assess their needs and support them in organizing smoking-awareness activities in their communities.

Support for the Application of Legislative Measures Relative to the *Tobacco Act*

Various actions were carried out in order to reinforce respect for regulations concerning the smoking ban in public places and within a nine-metre periphery of public institutions (schools, day-cares, health centres, regional organizations, etc.): transmission of a copy of the *Tobacco Act* to managers and workers, installation of ashtrays safe for children, circulation of electronic reminders, posting of "no-smoking" signs.

Campaign to Reduce Exposure to Second-Hand Smoke in Homes

This year, many communities participated in the Blue Light campaign across Nunavik in the hope of reducing the rates of exposure to second-hand smoke in homes. Thanks to the participation of local workers (notably the CLWWs), hundreds of participating households installed a blue light bulb on their porch to display their commitment to live in a smoke-free home.

Breast-Cancer Screening

Screening mammograms were offered to Nunavik women in November and December 2011 and in April 2012 on the Hudson coast and in January 2012 on the Ungava. A total of 736 women participated.

Screening for Diabetic Retinopathy

Known diabetic patients are referred for a screening examination for retinopathy, which enables application of treatments in view of preventing or delaying the degradation of sight. During 2011-2012, 185 diabetic persons were examined. The diabetes-prevention nurse of the Inuulitsivik Health Centre visited the Hudson communities with the optometrist and took the opportunity to inform the patients about the risks of diabetes-related complications.

Sexually Transmitted and Bloodborne Infections (STBIs)

Sex-Education Program

The sex-education program is supported by the Kativik School Board in all its schools. The revision and translation into the three languages is now complete. Printing of materials is scheduled for the summer 2012. The Department of Public Health offered the services of a nurse instructor for the program's implantation. Training for guidance counsellors and wellness workers is planned for the fall 2012.

Update on Clinical Prevention of STBIs

A review of laboratory procedures and treatment guidelines, training, resources, and individual and community approaches is under way, in collaboration with the *Institut national de santé*

publique du Québec [Québec public-health institute] and the two health centres. Moreover, the interveners' guide for access to sterile injection materials is now complete. The consultation of professionals of the health and social services network is under way.

Other Activities in Prevention and Promotion
These activities include funding, throughout the year, for communication activities intended for the communities and aimed at raising their awareness relative to the problem of STBIs in the region (e.g., Healthy Relationships Week, World AIDS Day, festivals), regional distribution of free condoms at various sites (CLSCs, stores, airports, schools), development and distribution of culturally appropriate promotional materials and so forth.

Diabetes

Primary Prevention and Health Promotion in the Communities

For the fourth year, the "Drop the Pop' challenge was held in 15 of the 17 Nunavik schools. Several nutrition projects were carried out and seven schools joined the "Healthy-Drinks Zone" movement, a project initiated by Ulluriaq School of Kangiqsualujjuaq in 2010-2011. Projects involving physical activity consisted primarily of the purchase of sports equipment for the gymnasiums. Further, many other projects, including the creation of yoga cards for the day-cares, were carried out in the context of acquiring healthy lifestyles. In October 2011, the addition of an amendment permitted five projects related to food security.

A workshop for the transfer of knowledge, the "Inuk-to-Inuk' activity, addressed to secondary students, was held in Inukjuak, Puvirnituq, Kangiqsualujjuaq and Kuujjuaq. Community meals, conferences on FM radio and meetings with diabetic persons were also held successfully.

We observed World Diabetes Day through broadcasts over the 14 radio stations of Nunavik, distribution of bracelets and posters at the CLSCs, and distribution of information leaflets on diabetes in all the post-office boxes.

Training and Skills Reinforcement

Once again, this year we gave the two nurses assigned to the diabetes-prevention program at the health centres the opportunity to attend the conference of the Canadian Diabetes Association in Toronto. The conference is a means for maintaining skills up-to-date. Further, the nursing personnel of the seven Hudson CLSCs received training on diabetes from the team of Diabète Québec, training that turned out to be a great success. A total of 47 persons participated. Finally, two nurses, one in Kangiqsujuaq and the other in Puvirnituq, received refresher training on foot care.

Teaching on Diabetes

In December 2011, the 14 CLSCs received a complete toolkit for teaching about diabetes. Training on their use was given by Diabète Québec on the Hudson coast and will be continued in 2012-2013 by the program coordinator in five Ungava communities.

The municipality of Kuujjuaq hosted the annual meeting of the Inuit Diabetes Network. For the occasion, Rebecca Veevee performed before an audience of more than 200 persons who gathered for a community meal consisting in large part of traditional foods. The event was very successful. The program is shared and followed up regularly with the health centres.

Nutrition and Food Security

Transition from the Food Mail Program to the Nutrition North Canada Program: Subsidies from Indian and Northern Affairs

In May 2010, the Government of Canada announced the replacement of the Food Mail Program, which had been in effect for more than 40 years, with the Nutrition North Canada Program, effective April 1, 2011. The Food Mail Program subsidized the air transport of perishable foods, non-perishables and certain essential, non-food items. The Nutrition North Program subsidizes the retail sale of only perishable foods. Non-perishables and non-food items will need to be shipped by boat each year in much larger quantities to the communities of the Canadian North.

The Department of Public Health and other regional organizations including the KRG undertook procedures to ask government authorities to delay the program's effective date in order to proceed with an in-depth examination of the new program's true impacts. In March 2011, the Government of Canada announced transitional changes to the Nutrition North Canada Program that began on April 1, 2011. In effect, the list of admissible products was extended to include, once again, the majority of non-perishables and essential, non-food items. Note that the extended list announced in March 2011 will only apply for 18 months and that the new rate under the Nutrition North Canada Program will take effect on October 1, 2012. The Department of Public Health continues its efforts to ensure the program benefits *Nunavimmiut* by facilitating healthy, economical nutrition.

In 2011, the Public Health officer for nutrition, Marie-Josée Gauthier, was appointed member of the external advisory committee for the Nutrition North Canada Program; she resumed that function in 2011-2012. The committee's objective is to give a voice to northern regions and residents, improve the new program's transparency and provide information and advice to guide management of the program.

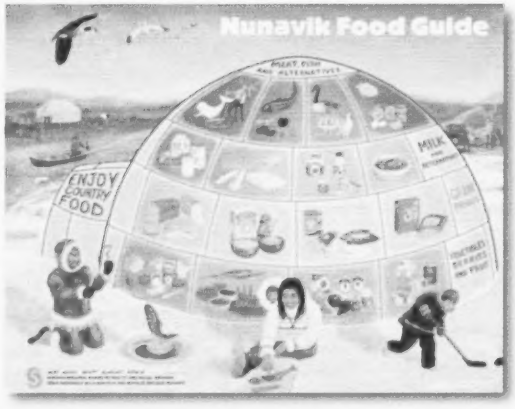
Nutrition North Canada Program: Health Canada Component and Initiatives in Nutrition Education

After obtaining partial funding in 2010-2011, the Health Canada component of initiatives in nutrition education of the Nutrition North Canada Program returned with full funding for 2011-2012. That component of the program aims for individual and community awareness of the advantages of healthy nutrition, improvement of skills relative to choosing and preparing healthy foods, and reinforcement of partnerships between retailers and communities to facilitate the choice of healthy foods. Finally, it emphasizes traditional foods by facilitating the sharing of traditional knowledge and skills relative to the gathering, preparation and consumption of such foods.

Projects responding to the criteria of the new program were carried out throughout the year:

- project to revise and launch the new *Nunavik Food Guide*;
- support for the nutrition program in day-cares including support for the project to create a family cookbook based on the menu of the nutrition program in day-cares and for training for cooks in May 2011;
- support for the Lory Project: educational DVDs promoting healthy lifestyles combined with awareness workshops addressed to children aged zero to seven years;
- activities promoting healthy nutrition and improvement of food choices in the stores of the two pilot communities;
- educational activities in nutrition for various client groups (school-aged children, adults, elderly persons);
- purchase of cooking equipment for the 17 schools of Nunavik, Ilaqitsuta Family House in Puvirnituq, Sungirtuivik Family House in Inukjuak and the community kitchen of Umiujaq;
- promotional campaign during Nutrition Month and on Traditional Foods Day (March 2012);
- support for two interns who carried out educational activities in nutrition in four communities during the winter 2012;
- support for activities promoting healthy nutrition at the two health centres (including the family houses) and support for the startup of a community kitchen in Umiujaq;
- support for various local initiatives promoting healthy nutrition (cooking activities, community meals, etc.).

Revision and Launch of the New 2012 *Nunavik Food Guide*



The launch of the new *Nunavik Food Guide* highlighted the end of Nutrition Month 2012. The previous version of the guide was created in 2005. As Health Canada issued new recommendations in nutrition and launched a new food guide in 2007, it became imperative to revise our regional tool. Nunavik has its own unique food traditions. That is why the Department of Public Health deemed it

necessary to have a food guide specific to the region.

In the fall 2010, the public and the interveners who will use the guide were consulted in three communities; this enabled the Department of Public Health to produce a document of good quality taking into account the opinion and reality of *Nunavimmiut*. Major work involving graphic design has been carried out since 2011 and led to the launch in March 2012.

Several tools promoting the guide were developed jointly with the NRBHSS communications officer. In March 2012, each household received a copy of the guide and a magnet in its post-office box. A communiqué was published on the NRBHSS Web site and an information capsule was published on *Nunatsiaq News*' Web site. Advertisements were also launched on paper and electronically in *Nunatsiaq News*. During the spring 2012, copies of the guide and promotional tools will be sent to the regional organizations (CLSCs, schools, ECCs, grocery stores, etc.). Other communication activities related to the *Nunavik Food Guide* are planned for 2012-2013 (radio, local newspapers, etc.). The Department of Public Health is also designing an educational guide that we hope to launch in the winter 2013.

Nutrition Program in Nunavik Early-Childhood Centres (ECCs)

The goal of the nutrition program in the ECCs is to improve the children's health through healthy nutrition. The project is being organized thanks to collaboration between the KRG, GENUP of Laval University, the KSB and the NRBHSS.

This program has been under way in the ECCs since 2004. Children attending the ECCs eat complete meals and nutritional snacks including both traditional and store-bought foods. The cooks and educators receive annual training provided by cooking and nutrition instructors of the KSB. Educational activities in nutrition are also offered to the youths. From 2006 to 2011, a research component was added to the program, the objective being to attain a better understanding of the relationship between environmental contaminants and the nutritional intake and nutritional status of the children attending the ECCs.

The Department of Public Health lent its support to the program in various ways:

- special project for interns in four communities: In the winter 2012, two interns supervised by GENUP and the Nunavik Department of Public Health carried out a project aimed at identifying parents' needs for information relative to the nutrition program and healthy nutrition;

- planning committee for the program: The Department of Public Health has representation on the planning committee for the nutrition program in the ECCs;

- presentation for the cooks on the Nutrition North Canada Program during their annual training in Inukjuak to facilitate grocery orders in the day-cares;

- family cookbook: the Department of Public Health was consulted during design of the family cookbook based on the menu at the ECCs. Moreover, the department contributed financially to development of the book in 2011-2012.

Education Activities in Nutrition and Cooking for School-Aged Children and Preschoolers

Workshops on nutrition and on initiation to cooking, inspired by the *Nunavik Food Guide*, are offered in the schools and day-cares of the region. These activities were created and are led by nutrition interns of Laval University. The NRBHSS nutritionist, a nutritionist from GENUP of Laval University and the coordinator of the NRBHSS diabetes program are working jointly on this project.

The project includes cooking and educational activities aimed at promoting healthy eating habits including traditional foods and healthy, store-bought foods. It began in the spring 2008 and lasted for three years. To date, all 14 villages have been visited. During 2011-2012, several activities under the program "On the Path to Health" were tested and adapted in four Nunavik schools in order to complete the bank of validated activities in Nunavik. The project's next step is to bring together all the activities developed and tested in the region since 2008 and to promote their integration locally.

Lory Project: Promoting Healthy Lifestyles for Young Children

In 2011-2012, the Department of Public Health was involved in and funded Phase 1 of the Lory Project. The Lory Project includes educational DVDs promoting healthy lifestyles combined with awareness workshops addressed to children aged zero to seven years. The activities under the Lory Project had already been successfully tested in three Nunavik communities over the past few years. The project is the fruit of collaboration between the KRG, the Department of Public Health and the Lory Foundation. During the first phase, seven existing DVDs were translated into English and Inuktitut. Videos and materials destined for the day-care educators were also adapted.

Nutrition Month (March 2012) and Traditional Foods Day (March 25, 2012)

Once again, this year the Department of Public Health solicited several local partners to organize, in their respective communities, an activity to highlight Nutrition Month (March) and Traditional Foods Day (March 25). In view of raising awareness among *Nunavimmiut* of the vital role of foods (traditional and healthy, store-bought foods) in maintaining their physical, emotional, intellectual and spiritual health and of the importance of casting a critical eye on what they eat, funding of $750 to $1 000 (depending on the number of inhabitants) was offered to each community; awareness tools were also sent to the communities (easy recipes, a newsletter for Nutrition Month, posters and the other usual items). In total, seven communities organized

local activities (educational workshop on nutrition, cooking activities, community meals, show and quiz over local radio, etc.).

Health-Promotion Workshops

- Family House, Puvirnituq

  In February 2012, a nutrition intern offered nutrition workshops to Ilagitsuta Family House in Puvirnituq. The workshops with various groups (women, new mothers, elderly persons and so forth), developed jointly with the employees of the family house, were a success, with excellent participation rates.

- Community Kitchen of Umiujaq (Igavik Club)

  In March 2012, a nutrition intern developed and offered nutrition workshops to the community kitchen of Umiujaq. She also offered her support for the project's startup.

- Workshops to Promote Healthy Nutrition in the Grocery Stores

  In the fall 2011, the Department of Public Health hired a nutritionist consultant to work at developing activities promoting healthy nutrition in the grocery stores. Two pilot communities were selected after consultation with the regional partners including the FCNQ: Kangiqsujuaq and Puvirnituq. In each community, activities were carried out in the stores in collaboration with a local worker. Two nutrition interns were also involved in these activities during the winter 2012.

- Cooking Classes Offered by Rebecca Veevee

  For the second year, Sungirtuivik Family House in Inukjuak had the opportunity to receive television star Rebecca Veevee; this year, the event was held in January 2012 for a week of cooking workshops in the community, an activity funded by the Department of Public Health. Mrs. Veevee is a very positive model for the members of the community. She covers topics such as basic cooking techniques, culinary exploration, health and economical cooking, all in Inuktitut with a healthy dose of humour. Traditional foods are showcased in the dishes she prepares. This year, the community of Kuujjuaq also hosted Mrs. Veevee. She led an activity on healthy eating at Pitakallak School, attended by all the children and the school staff in the gymnasium. She also gave presentations in some classes at Jaanimmarik School and held a cooking activity using traditional foods with a group of youths. Those activities were a success in terms of participation and appreciation. Other communities have already manifested their interest in organizing similar activities, and our department is committed to supporting them in organizing such workshops.

Healthy Schools Approach

Healthy Schools is a global, concerted approach for promoting health, well-being and academic success. As such, several projects and initiatives were carried out during the school year and will continue in 2012-2013.

Sexual Health

The activities proposed for the 2011-2012 school year related to sexual health essentially dealt with the promotion of healthy relationships and awareness of World AIDS Day. With the goal of promoting healthy relationships, various teaching tools were designed by the Healthy Schools advisor as well as the nurse responsible for the sexual-health program. This year, the activity proposed to the schools consisted of a collective project involving a giant heart-shaped puzzle to raise student awareness of the importance of developing and maintaining healthy relationships with family members, teachers, friends and community members in general.

Further, several documents were distributed to help the teachers who led discussions on healthy relationships.

The latest version of the sex-education program will be revised at the end of May to apply the latest corrections and proofread the translations. The training for guidance counsellors will be planned this summer and is expected to be given in September to the interveners on the Ungava coast and in October on the Hudson.

Physical Activity

Promotion and Local Adaptation of *Ma cour : un monde de plaisir* [The schoolyard: a world of pleasure]

Recess breaks are times when children have a chance to be active. Engaging in regular physical activity is beneficial to more than just physical health. Frequent and uninterrupted physical and sports activities have positive effects on physical conditioning, the acquisition of healthy lifestyles, psychological well-being and mental health, cognitive skills and academic success, as well as the development of social skills.

In continuity with the actions carried out last year, sustained visits to the community of Kangiqsujuaq were made in the winter 2012. Meetings were jointly chaired by the Healthy Schools advisor and the kinesiologist. A recreation specialist working with Kino-Québec, Carole Carufel, helped with launching activities and the school board's education consultant for

physical education, Catherine Boivin, participated in the presentation of a range of games designed to be part of the organization and realization of recreational activities. The NRBHSS also contributed generously to the purchase of materials to support the reorganization process for recreation. This school's response was very significant: the administration and the teachers responded to the proposals with interest, and modifications were quickly made. Even before the second meeting, very positive comments were received on the proposals and their application, which were jointly suggested by the teachers and the regional team.

Support is a key element in successful actions. That is why other meetings are planned at this school over the next academic year. Further, other schools have indicated their interest. The year 2012-2013 looks quite promising for this portfolio.

Active Schools Contest, 2011

Kino-Québec presented the seventh edition of the Active Schools Contest. Three components have been proposed:

- planning, organization or leading of physical and sports activities indoors at the school or in the schoolyard;
- safety or ethics in physical and sports activities;
- healthy eating.

Two bursaries were distributed among the schools. This year, the bursary granted to Asimauttaq School in Kuujjuaraapik enabled the school to acquire materials for indoor recreation under the project "*On s'active avec respect*" [Getting active while respecting others]. The second bursary was granted to Arsaniq School in Kangiqsujuaq for the project "*Initiation à la nourriture saine au primaire et au secondaire*" [Initiation to healthy foods in primary and secondary school], which enabled each class to prepare activities related to nutrition and to prepare healthy snacks throughout the school year.

Good Touch/Bad Touch Project

Based on an initiative by prevention services of the Kativik Regional Police Force, the NRBHSS proposed a pilot project on the prevention of child sexual abuse. We began in 2012 with a visit to two communities of Nunavik.

Accompanied by Lizzie Aloupa and Sammy Snowball (KRPF representatives) as well as local and regional workers from social services, youth protection and health services, we visited Isummasaqvik School in Quaqtaq for two weeks in February 2012.

The project aimed at raising the awareness of and educating kindergarten children and first graders so they can identify appropriate and inappropriate acts as well as those of a sexual nature and so they can protect themselves against abuse and neglect. The project teaches an appropriate and adequate vocabulary so children are able to describe facts.

Our goal was also to mobilize local interveners in order to coordinate the resources and actions in view of possible disclosure. Thus we were able to present and explain the Good Touch/Bad Touch (GTBT) project and determine the role and responsibility of each intervener in cases of neglect or abuse.

Subsequently, the GTBT team and the local workers met with the teachers and school staff to clarify each person's role and explain the procedure and steps in reporting a case.

Shows were held over local radio to explain to the public the procedure of the GTBT team. Various meetings were also held for parents, community members and youths.

The second part of the GTBT project for the 2011-2012 school year will be carried out at Pitakallak School in Kuujjuaq. We have already met with the school staff and various local community groups. Presentations will be made for the youths on May 28, 29 and 30.

We expect to continue visits under the GTBT project during the 2012-2013 school year. Ulluriaq School in Kangiqsualujjuaq is the next school scheduled to present the workshops to its pupils.

Implantation of the Overall Policy in the Schools

Since last year, the KSB has wished to proceed with efforts to ensure healthy eating and active lifestyles at its schools. The Government of Québec's overall policy for healthy eating and active lifestyles was launched in 2007. The KSB and the NRBHSS assume their share of responsibility for application of the policy. A list of healthy choices for breakfasts, snacks, and canteen and fundraiser offerings was distributed in the schools and, on request, follow-up was made with various administrations.

Road Safety

A prevention committee on road safety for offroad vehicles in Nunavik was created jointly with the KRG, the KRPF and the NRBHSS. The KSB was invited to join the committee to help promote and develop educational activities destined for schoolchildren of Nunavik.

We sent a *PowerPoint* presentation to the schools and invited the teachers and a local representative of the KRPF to make the presentation for the pupils. A drawing contest was launched under the initiative. The winner was a pupil of Isummasaqvik School in Quaqtaq. Her drawing will be used to illustrate one of the promotional items for distribution in the 14 Nunavik communities.

The topics of promotion and prevention will be:

- driving while under the influence of alcohol or drugs;
- speeding;
- number of passengers;
- driver age;
- helmet use.

The promotional tour will be made in 2013 and the youths will be able to put their learning to use in the pedalled Go-Kart event. Those in the specific-learning group at Ikusik School in Salluit accepted a contract proposed by the committee involving production of signs for the Go-Kart course.

Food Security

We worked at designing educational activities on nutrition by adapting the kit « *En route vers la santé* ! » [Getting healthy] and by creating learning activities for youths which will let them put their nutrition learning into practice. Besides proposing educational, leisure and tasting activities, we also propose simple recipes that allow the youths to prepare their own healthy snacks. Those activities will be circulated at the beginning of the 2012-2013 school year and will be accompanied by the tools necessary to preparation of various recipes, such as electric mixers, wooden skewers, knives and cutting boards.

Breakfast Club

Since February, discussions have resumed between the Québec Breakfast Club and the KSB to find a solution to the problem of shipping costs for foodstuffs to Nunavik.

During the two meetings, the club's coordinator for aboriginal programs, Sébastien Desaulniers, as well as Marc Beaulé, development officer with the organization *Québec en forme*, stated that they had undertaken procedures with certain members of Makivik Corporation in order to alleviate the costs of shipping merchandise. Due to the non-renewal of the federal government's subsidies for the *CPDQ* and the high costs of air transport, Nuvviti School and Kiluutaq School were unable to start up the breakfast service for the 2011-2012 school year as planned.

At the last meeting, mention was made that the Québec Breakfast Club had been repatriated under the banner of the Canada Breakfast Club and that that would result in improved funding

for the services offered to the Nunavik population. We are still hoping to find a more economical solution for food distribution and are pursuing our efforts with Makivik.

The Breakfast Club hopes to start up programs in Ivujivik and Umiujaq for the 2012-2013 school year and open other points of service in the schools that applied for support with the organization. Ulluriaq School in Kangiqsualujjuaq is presently on the waiting list.

Cirqiniq

In collaboration with Sonia Sauvé, coordinator for social action and citizen services of Cirque du Soleil (Cirque du Monde), Véronique Dion-Roy, Catherine Boivin and Karin Kettler, recreation advisor for arts and culture with the KRG's recreation department, we discussed the Cirqiniq situation and its organization in the various Nunavik communities. Cirque du Soleil sent a DVD on the circus' basic arts techniques and the accompanying workbook for social workers to the physical-education and health teachers. We also discussed the schools' material needs for holding Cirqiniq activities safely. We are presently seeking a means to fund the purchase of pads for the following schools:

- Kangiqsualujjuaq: welcome mat;
- Kuujjuaraapik: accordion pad with Velcro™ tabs;
- Ivujivik: accordion pad with Velcro™ tabs;
- Kangirsuk: accordion pad with Velcro™ tabs (at least six) and a reception mat.

National Child Day

Annie Nulukie, regional advisor for day-care services with the KRG, is working on the setup of a committee that will work at designing and organizing activities under National Child Day. Various regional partners, including the NRBHSS and the KSB, were approached to coordinate the activities that will be organized in the communities to highlight the event.

Project for the Overall Development of Young Children and ECCs

The collaboration between the Department of Public Health and the KRG's Childcare Department continued during the year. We met with two pilot ECCs (Kangiqsujuaq and Inukjuak). Moreover, the two communities' approach began with an inventory of available resources (asset mapping). Subsequently, we met with representatives of both communities, who demonstrated their great interest in participating in an exercise to define a project for overall child development appropriate to their respective specificities. An Inuit community worker will

be hired during the next year to support the two communities in their efforts at establishing elements conducive to overall child development.

ISPEC Project

We met with both health centres to discuss the pertinence of implanting an ISPEC-type approach (integrated services in perinatality and early childhood) in one pilot community on each coast. The Inuulitsivik Health Centre manifested its interest in collaborating on a needs assessment in one Hudson community, namely Inukjuak. The next year, a better definition of the needs will be made with representatives of the community and its CLSC in order to establish a financial application to fund the project through the strategic regional plan.

As for the Ungava Tulattavik Health Centre, the representatives we met prefer to continue the procedure they have already undertaken and thus declined our offer of support in the implantation process.

Financial, Physical and Organizational Support for Community Activities

Several communities received support for organizing activities to celebrate one or more of the themed events appearing in the public-health calendar: World Elder Abuse Awareness Day, World Elders Day, Drug Awareness Week, Nunavik Day for the Elimination of Violence, Road Safety Month, National Smoke-Free Week, Suicide-Prevention Week, Nunavik Healthy Relationships Week and International Women's Day. Depending on the event and resource availability, interested partners received support at the financial, physical (activity list, Web sites, posters, pamphlets, radio capsules, educational DVDs, promotional items) or organizational level, which resulted in numerous community initiatives: walks, public speeches, video presentations, discussions, awareness workshops, community meals, radio shows, exhibitions, quizzes, information booths and interactive games.

As a repeat of last year, Kino-Québec provided the region with 40 pairs of snowshoes. This year, two schools received the equipment: Kiluutaq School in Umiujaq and Arsaniq School in Kangiqsujuaq.

Moreover, the day-cares had the opportunity to renew their physical-activity equipment. Eleven of them responded to the call. Conventional materials were acquired, but the NRBHSS is also proud to have encouraged local employment in Inukjuak by having miniature wooden snowmobiles made for the children.

May: Sports and Physical-Activity Month

This year, bursaries to support initiatives for activities promoting healthy, active lifestyles were made available to the communities, all organizations included. Several organizations—CLSCs, municipalities and so forth—applied.

The NRBHSS was greatly pleased to support the initiative of the Inukjuak family house for its three-week walk-a-thon. Further, physical-conditioning sessions offered during the same period were crowned with success. The Aupaluk CLSC set up a walking club in which a large proportion of the population participated. Finally, a contribution was made to the Kuujjuaq Sport Club, which organized activities—foot races, cycling and crossfit—three times a week, activities that continued well beyond the month of May.

Health-Education Booths

In view of improving knowledge and developing aptitudes conducive to individual health, workers in certain communities were supported in organizing booths promoting healthy lifestyles in the context of community events: ATII Taking Action (Kuujjuaq), Arpik Jam (Kuujjuaq), and smoking-prevention and –cessation days (various communities). This support took concrete form through sharing of expertise, mailing of educational materials to the communities and, in some cases, collaboration of health-promotion officers in manning booths.

Regional Contests and Challenges Promoting Healthy Lifestyles

Various contests and challenges addressed to the public or certain target groups were organized to promote healthy lifestyles while encouraging thought and individual empowerment. Depending on the contest and the needs, participarts received support tools and were referred to the appropriate resources, whereas some among them were awarded special prizes in recognition of their determination and talent: "Quit to Win" Challenge (smoking cessation), postcard contest and photo contest (recognition of elders), banner contest and poster contest (road safety), puzzle contest (healthy relationships).

Design and Distribution of Educational Materials to Professionals of the Health Network

To equip the professionals of the health network for promoting health, educational materials dealing with various themes (primarily smoking, substance abuse and sexual assault) were provided for them on request: posters, pamphlets, videos, electronic presentations, interactive games and so forth.

A tool designed for day-care educators was created jointly with the KRG's Childcare Department. The objective was to propose materials encouraging physical activity among children aged two to five years at the day-cares (Timiga – My body). Based on various existing kits, 35 cards representing northern life as well as animals and the environment were designed. To supplement the cards, a story incorporating all the positions was composed. We are very proud of this tool, which is quite representative of elements specific to our region and which, moreover, is presented in Inuktitut.

This project could not have succeeded without the extraordinary collaboration of the four children who performed in front of the camera. We would like to thank the parents as well as the Iqitauvik ECC in Kuujjuaq for their open-mindedness toward the project. An unofficial launch was made with the administration of all the ECCs in March, and their response was more than positive. Distribution should be carried out in May 2012 in each ECC.

A second phase is currently being prepared and will target the zero-to-two-year age group. The format and presentation have not yet been decided. Phase 2 will be a project to watch for in 2012-2013.

Participation in Working Committees

In view of strengthening cooperation in matters of health and well-being, developing a shared vision of health promotion and making ambitious projects possible, the health-promotion officers coordinated or participated in various working committees during the past year: Nunavik prevention committee for offroad vehicles, regional committee for the elimination of violence in Nunavik, working committee for suicide prevention, regional committee for the prevention of sexual abuse.

Psychosocial Component

Communication Campaigns on Various Psychosocial Issues

Various communication campaigns were held during the past year to raise public awareness on psychosocial issues: recognition of elders, recognition of women, elimination of violence, promotion of healthy relationships, prevention of sexual abuse, suicide prevention, smoking prevention, prevention of drunk driving. Depending on the campaign, messages were broadcast locally, regionally or provincially over various media: mass mailing (pamphlets, letters), displays, newspapers, Internet (social networks, e-mail, Web sites), posters and electronic screens, telephone, promotional items (magnets, stickers), radio (interviews, debates), information evenings.

Workshops on Preventing Child Sexual Abuse

During the past year, a process for planning, implanting and evaluating the Good Touch/Bad Touch program was initiated in two communities (Kuujjuaq and Quaqtaq) as a pilot project. This program consisted of preventing child sexual abuse through a series of three 30- to 45-minute workshops offered in preschool and primary classrooms. At the end of the workshops, the children received educational items (fleece top, stuffed animal, storybook, colouring book, poster) in view of reinforcing what they learned by encouraging their families to continue the learning at home. To date, one workshop has been held among the pupils of Pitakallak School

(kindergarten to third grade) and three among the pupils of Isummasaqvik School (kindergarten and first grade). Deployment of the program in the other communities is planned throughout the coming year.

Prevention of Foetal Alcohol Syndrome

The activities carried out to prevent foetal alcohol syndrome disorder (FASD) may be categorized according to a number of objectives:

- plan the work according to the PRECEDE model;
- understand the cultural and social context of FASD, its background in Nunavik, the workers' perceptions and the communities' expectations;
- understand the health, social and community services relative to prevention of FASD in Nunavik (supply, organization, facilitating elements and obstacles);
- draw up a status report on FASD, its effects, its evolution and the causal and associated factors in Nunavik;
- take an inventory of the best practices relative to prevention of FASD which can be applied in Nunavik as well as their conditions for implantation;
- understand the issues of adapting best practices to Inuit culture;
- understand the particularities of alcohol consumption in Nunavik, especially among women, in order to identify the behaviour to modify through preventive action.

The following are among the activities carried out or begun:

- assessment of needs relative to FASD as perceived by the Inuit and non-Inuit front-line workers interviewed (through a questionnaire) by the members of the FASD working committee at the beginning of 2012;
- attendance of meetings of the NRBHSS' FASD working committee (every six weeks) and involvement in the related efforts (discussions, research, literature, correspondence and presentations);
- review of documents and semi-directed interviews of key individuals: a) front-line service providers (health/social/education/CLWWs) and b) NRBHSS professionals;
- analysis of data from epidemiological investigations and results of research on the prevalence of FASD in western countries and aboriginal and Inuit communities; contacts with researchers as needed (e.g., Gina Muckle) and review of scientific literature on the effects of alcohol on the foetus;
- review and analysis of scientific literature based on revealing data, guides to practice, and aboriginal and Inuit reference documents on the prevention of FASD, diagnosis and effective, early intervention among affected children.

Networking and Resource Promotion

In view of ensuring better cooperation among departments and greater collaboration between the workers serving the same clientele, meetings for discussion of the roles and mandates of all involved were organized with local and regional partners (municipalities, health, KRG, KSB, KRPF and so forth): meeting with Quaqtaq interveners (nurses, social workers, youth-protection workers, police officers, school staff) on intervening in cases of sexual abuse, meetings with school principals and staff on public-health activities, programs and services. Moreover, to promote psychosocial services in the region, the resource map was updated and distributed among interveners and the public.

Connaissance – Surveillance – Information

***MADO* Monitoring and Vigilance**

Various activities were carried out, some on an ongoing basis (e.g., passive monitoring). The principal activities are:

- ongoing data capture (as cases are forwarded to the DPH) of reported cases of reportable diseases, both STBIs and non-STBIs;
- production of summary tables presenting the distribution of *MADO* quarterly or annually;
- production of tables or graphs presenting the evolution over time of certain *MADO* (genital chlamydiosis, gonorrheal infection, tuberculosis);
- creation of specific products for activities in prevention, promotion and education relative to STBIs (in collaboration with the STBI nurse of the DPH and the community-health nurses of the Inuulitsivik and Tulattavik Health Centres);
- updates to the data on reported cases of gonorrheal infection for decision makers (physician responsible for the infectious-diseases portfolio, Director of Public Health, assembly of directors);
- extraction and analysis of MedEcho and mortality data banks;
- validation and gathering of pertinent information to update the regional diabetes data bank;
- analysis of infocentre data and production of various data: number and distribution of causes of hospitalization or mortality, etc.;
- preparation of population data and data on immunization coverage, monitoring of flu-like symptoms (FLSs).

Moreover, various monitoring products were prepared to support planning at the regional level (strategic planning, clinical project, information-resources master plan, etc.) and at the local level. These involve, among other things, population data or data from administrative data banks such as MedEcho, mortality, births, *MADO*, etc.

Regional Plan for Monitoring State of Health

In collaboration with the *INSPQ*, the DPH worked at preparing the first module of the regional health profile which deals with sociodemographic indicators. This module integrates various indicators enabling comparison between Nunavik sociodemographic characteristics and those of the rest of Québec as well as Canada's other Inuit regions. The final version was supposed to be available in the fall 2011. Although production of this module has been delayed, the process of printing the documents has begun and electronic versions will be posted online.

This is the first of a series of five modules on the following topics: sociodemographic conditions, behaviour and lifestyle, health of mothers and newborns, living environments and overall state of health. Calculations for the indicators of the first two modules are complete, whereas those of the module on the health of mothers and newborns are at an advanced stage. Indicators on lifestyles were produced and made available to promotion and prevention workers.

Other Activities

- Activities to support training on public-health issues for officers of the Nunavik Department of Public Health
- Support for students involved in various research projects in Nunavik
- Extraction and compilation of data for various local and regional partners in response to ad hoc requests

Research and Evaluation

As in previous years, the DPH actively participated in several research projects, notably in the areas of nutrition, contaminants and infectious diseases.

The following are among the projects worthy of mention:

- research project on child and adolescent development in Nunavik: during the past year, the DPH worked closely with the research team to draw appropriate conclusions and develop appropriate messages for regional decision makers and the Nunavik population. Communication activities were held in the fall 2011. One of the main recommendations resulting from the research was for pregnant women or those of childbearing age to limit, indeed, discontinue, their consumption of beluga meat due to its high mercury content and the associated risk of harmful effects to children, notably affecting their intellectual development and behaviour. Other factors were also identified as having an effect on child development, some positive, some negative. Activities involving transfer of knowledge and promotion of positive factors are still under way;

- research project on food insecurity from the Nunavik Inuit perspective: the Department of Public Health collaborated in the study on perceptions of food security from the Nunavik

Inuit perspective, conducted by a master's student in community health from Laval University. Financial support was provided for that project. Moreover, the DPH's nutrition officer is member of the project's steering committee;

- project to monitor environmental contaminants among pregnant women of Nunavik: the DPH collaborates with the research centre of the *CHUQ* in this monitoring program. Our department provides financial support for the project to ensure that certain analyses important to the monitoring of the state of health of pregnant women and their unborn children are included in this contaminants-monitoring program;

- project to study the impact of infections due to the respiratory syncytial virus on the respiratory health of young children of Nunavik: analysis of the regional data enabled formulation of recommendations on use of a preventive agent (Synagis) better adapted to the region's epidemiological reality;

- research on the range of services available in the region relative to HIV: under the supervision of Dr. Paul Brassard and in collaboration with both health centres, the range of services within the region was established, which will permit us to develop, in 2012-2013, a guide to screening for, treatment of and follow-up to HIV infections;

- finalization of research on the development of culturally adapted tools to prevent sexually transmitted and bloodborne infections in Nunavik: thanks to the collaboration of Nunavik youths, a new sexual-health logo was designed and distributed through various means. Further, the first of a series of five culturally appropriate posters was launched.

Perspectives for 2012-2013

From the point of view of planning the department's activities, 2012-2013 will see the final revision of the regional plan of action in public health. We will take the opportunity to consult various regional and local actors concerned with the plan of action to define with them the expected collaborations. Our principal partners in this initiative are obviously the two health centres. We therefore plan on holding a number of meetings with them to finalize our plan of action and support them in developing their local plans of action in public health.

We have also cast the foundations for our future efforts, centred on actions facilitating community development. For that purpose, we are looking forward to developing the public-health network both locally and subregionally in order to be more in tune with the reality facing the population. We participate in the development of the network of wellness committees within the communities. We also anticipate developing the network of community-health workers in the communities. Those two bodies must cooperate closely with the health and social services network and enable the communities to make their needs known and become more involved in the definition of solutions.

Nutrition is, without argument, a regional priority. With the publication of the results of the research on the effects of contaminants on children's health, we will take the opportunity to establish the foundations for future collaboration with our main regional partners in order to create a regional food policy adapted to the reality of Nunavik. Many aspects must be taken into account: safety of traditional foods, sufficient supply in the communities, rise in the number of diabetes cases, cost of living in Nunavik and so forth.

The project on overall child development involving the ECCs and the ISPEC project will be the object of intensified activities and greater involvement of the Department of Public Health. Those two projects will require community mobilization to create lasting conditions favourable to optimal child development.

The DPH will, of course, continue fulfilling its various mandates as stipulated under the *Public Health Act*. However, certain initiatives for which the foundations were laid during 2011-2012 will strongly influence the department's actions for the coming years. Here we cite continued planning for the Healthy Schools project and the project for multi-factor intervention in day-cares. These projects enable us to act on a multitude of factors by taking advantage of the synergistic effect of interventions.

Department of Inuit Values & Practices

Message from the Director

In fiscal 2011-2012, the department was able to work on a number of issues thanks to the efforts of a great team. We hired four new employees who will be working on the Resolution Health-Support Program under the Indian and Residential Schools (IRS) portfolio. At the end of the fiscal year, the IRS coordinator and the health-support workers visited all 14 communities to inform the former students of Nunavik about the Independent Assessment Process (IAP), which has a deadline of September 19, 2012. The IAP is the only way a former student may pursue a claim of sexual or other physical abuse unless he or she opted out of the Settlement Agreement. The mandate of the Indian Residential Schools Adjudication Secretariat is to implement and administer the IAP under the direction of the chief adjudicator in an independent, objective and impartial manner.

I would like to thank the IRS Adjudication Secretariat, Makivik Corporation and Health Canada for their support for the NRBHSS in informing and helping former students in the IAP.

I look forward to continuing our work throughout the new fiscal year. In closing, I would like to thank the NRBHSS board of directors for its support for the mandate and goals of the Department of Inuit Values and Practices.

Jennifer Watkins

Midwifery

There are four birthing centres offering services in Nunavik. Three of these are on the Hudson coast, located in Inukjuak, Puvirnituq and Salluit; the fourth is on the Ungava coast, located in Kuujjuaq.

In fiscal 2011-2012, there were 80 births registered on the Ungava coast and 125 on the Hudson coast.

The midwifery working group is planning to meet face to face in the coming months.

A number of midwives have completed their midwifery program and will be sworn in by the *Ordre des sages-femmes du Québec* [Québec order of midwives]. Brenda Epoo is working with Jenny Stoner and Vicky Van Wagner on the equivalency project. They have sent a copy to both maternities on the Hudson and Ungava coasts for feedback before drafting the final version, which will be distributed and implemented in the maternities in the near future.

Indian and Residential Schools (IRS) Resolution Health-Support Program

In fiscal 2011-2012, the Department of Inuit Values and Practices hired three emotional health-support workers and a coordinator under the Indian and Residential Schools (IRS) portfolio. As our department is responsible for that portfolio, our personnel attended a truth and reconciliation (TRC) event in October with former students of Nunavik in Nova Scotia and recently completed visits to the communities to inform former students of the Independent Assessment Process (IAP), which has a deadline of September 19, 2012.

The Department of Inuit Values and Practices continues to work with Health Canada to support the Emotional Health-Support Program for former students in the 14 communities. The mandate of these support workers is to offer emotional support to former students of residential schools and their families, especially those who will undergo the IAP in the coming months.

Traditional Adoption

The working group on traditional adoption in Quebec, created by the Ministry of Justice and the Ministry of Health and Social Services to recommend solutions to the current non-inclusion of traditional adoption practices in provincial laws, will soon render public its report. Over the course of the last few weeks, we first received indications that the draft bill on adoption would not be presented at this spring session; however, the Minister of Justice then decided to have it deposited before the end of the session. The bill amends the statutory adoption process, but it

also integrates provisions for recognizing the traditional adoption practices that modify the civil status of the parties to the adoption (lineage is modified from the biological to the adoptive parents). Therefore, the amendments would fully apply to traditional Inuit adoption. The Inuit have long waited for resolution of this issue and we are proud to share the news.

Brighter Futures

Brighter Futures is a federal program providing funding for the 14 Nunavik communities for various types of projects. All funds are distributed on a per capita basis. This past year, all but two communities undertook a total of 68 projects.

The following table shows the funds available to each community at the beginning of fiscal 2011-12 and how much was actually spent.

Community	Funds Available	Funds Spent
AKULIVIK	$48 272	$74 877.16
AUPALUK	$29 308	$23 000.00
INUKJUAK	$104 302	$124 190.25
IVUJIVIK	$38 790	$75 660.02
KANGIQSUALUJJUAQ	$66 374	$100 474.00
KANGIQSUJJUAQ	$50 858	$69 390.00
KANGIRSUK	$48 272	$23 100.00
KUUJJUAQ	$118 956	$236 604.03
KUUJJUARAAPIK	$55 168	$0.00
PUVIRNITUQ	$106 026	$69 075.00
QUAQTAQ	$37 066	$9 600.00
SALLUIT	$88 786	$97 411.37
TASIUJAQ	$31 894	$0.00
UMIUJAQ	$37 928	$30 892.00
REGIONAL PROJECTS	$35 000	$0.00
TOTAL	$895 271	$930 271.00

As the table shows, some communities actually spent more than was originally allocated to them. This is because after January 15 of each year, all remaining funds from each community are transferred to a regional budget and is made available to any community that applies. This is to ensure that all Brighter Futures funding is spent each year.

In order for the projects to be approved they must fall under at least one of the following categories:

- mental health;
- healthy babies;
- injury prevention;
- child development;
- parenting skills.

All project proposals must include a municipal resolution stating that the project has community support. In addition to this, it is very important keep a strong cultural component in the projects that we approve, although there is a wide variety of projects carried out in Nunavik. Our goal is to provide ample opportunities for our youth to explore different activities at the community level through Brighter Futures which they otherwise may not have. We also strive to assist families throughout the region in creating a healthy living environment.

The following are some examples of the projects carried out during fiscal 2011-2012:

- Proud Reunions summer camp;
- baby book project;
- embroidery classes;
- beading classes;
- sewing classes;
- cultural cooking class;
- programs for healthy snacks and healthy breakfasts;
- community-based and regional sports events;
- cultural excursions;
- dog-team excursions;
- and many others.

Once again, this year all Brighter Futures funding was used and many excellent projects were created for our youth.

Wellness Committee

The wellness committees are organized groups of community members whose purpose is to identify the health and wellness needs of each community and to help find ways of solving problems that may arise in the communities. As such, each committee:

- serves as the link between health and wellness services and the community;
- identifies the health and wellness needs and problems of its community;
- consults the public and the organizations to find methods to respond to the needs and solve problems;
- participates in projects to improve community health and wellness;
- provides the population with information concerning public health and wellness in general;
- helps link the community with local or outside organizations that may help to tackle problems within the community.

This past year, there were wellness committees in the following communities: Aupaluk, Kuujjuaq, Salluit, Kangiqsujuaq, Inukjuak, Quaqtaq, Akulivik, Kuujjuaraapik, Umiujaq and Kangiqsualujjuaq. The communities that have not formed a wellness committee are aware of the composition and mandate of such committees and efforts are being made to help them establish one.

This committee, whenever possible, should consist of at least seven members interested and concerned about the well-being of their community and who are respected and accepted by their community. It is also important for members to have solid leadership skills.

These committees can be made up in various ways. An election can be held within the community, members can be appointed by various organizations or concerned citizens can ask to be member of the committee.

Once a committee is created, funding of $25 000 is transferred to it once a year through the municipality. Together, they determine how the funds will be used by the committee.

Financial reports concerning the use of funding and activity reports are due on March 31 of each year. It is understood that any deficit incurred by the wellness committee will be assumed by the municipality.

Below are some examples of projects carried out by the committees:

- I Care We Care project;
- Kuujjuaq wellness centre;
- Aboriginal Day;
- centres for food and clothing donations.

It is our hope in this fiscal year that the remaining four communities that have not yet formed a wellness committee will do so.

Department of Administrative Services

Message from the Director

The year started with the draft of the first annual action plan of the 2009-2016 Strategic Regional Plan. This action plan will serve as a model for subsequent years until the end of the agreement. With this approach, all the needs in terms of human and financial resources and fixed assets such as equipment and construction are documented. Shortly after its presentation, the *MSSS* granted the regional board authorization for a recurrent additional budget of $6.9 million annualized to $9.2 million to support the development of health and social services for *Nunavimmiut*.

Our achievements during 2011-2012 include:

- setup of a construction committee for capital projects to ensure proper follow-up to the process and management of each project. The committee provides recommendations for the board of directors according to each step of the process;
- construction of 70 housing units to support the hiring of new positions under the action plan;
- completion of the functional and technical plan (FTP) for a new office for the Department of Youth Protection (DYP) including the hiring of professionals to design a concept;
- assessment of the need, in collaboration with the health centres, for a new rehabilitation centre for girls aged 12 to 18 years in Inukjuak, to be completed in 2013;
- visits to different installations in southern Quebec, namely Louvicourt, Trois-Pistoles, Longueuil and Shawinigan. The purpose of these visits was to observe the new trends and optimize the planning of the construction project;
- visits to the communities to assess the state of the buildings and the functionality of all CLSCs;
- major upgrade to the telecommunications network in collaboration with the KRG, the *CSPQ*, Sogique and the *MSSS*;
- collaboration between the Regional Project Management Bureau and the health centres.

Through the year, important efforts were made to respect the financial framework of the Strategic Regional Plan and the agreement signed with the *MSSS* in February 2011. With solid teamwork, the Department of Administrative Services successfully completed its fiscal year with a balanced budget as stipulated in the financial framework and can now look forward to a new year of achievement.

Silas Watt

Financial resources

THE REGIONAL BUDGET (*MSSS*)

The *MSSS* authorized expenditures of $140 million for the region for 2011-2012 excluding fixed-assets funds. For fiscal 2011-2012, the *MSSS* increased the regional budget by $9.2 million for the annual action plan within the strategic regional planning. This year, both health centers ended the year with a balanced budget.

The regional budget was distributed as follows:

2011-2012 ALLOCATIONS	$ million
INSTITUTIONS	
Inuulitsivik Health Centre	58.8
Ungava Tulattavik Health Centre	42.0
NRBHSS EARMARKED FUNDS	
Insured/non-insured health benefits	20.1
Other	6.2
COMMUNITY ORGANIZATIONS	
Youth centres	1.7
Other	2.6
Reserved: special projects not yet carried out	8.6
TOTAL TRANSFERS	**140**

The NRBHSS' operating budget

The Department of Administrative Services provides financial expertise to the other departments: Executive Management, Inuit Values and Practices, Planning and Programming, Public Health, Regional Department of Human-Resources Development and Out-of-Region Services. During the year, the Finance Department managed the following funds:

Operating and Earmarked Funds

The *MSSS* allocated a budget of $7.2 million for the NRBHSS' operations. The NRBHSS also received $1.4 million from other sources, mainly contribution agreements. In addition to its operating budget, the NRBHSS also received and managed $27.7 million in earmarked funds for specific activities. These earmarked funds were financed through two different sources: the *MSSS* (direct) and the regional envelope.

Fixed-Assets Fund

The NRBHSS also transferred $10.5 million for various fixed-assets projects such as the replacement of equipment, maintenance and renovations to its building, and medical equipment.

Federal and ITK Earmarked Funds

The NRBHSS received an amount of $7.4 million from the federal government and Inuit Tapiriit Kanatami. Unlike the provincial earmarked funds, the contribution agreements with these organizations are on a yearly basis. At the end of the year, they recover any balance not spent during the year.

Health Canada	**$**
Aboriginal Diabetes Initiative	676 399
Brighter Futures	1 203 893
Home and Community Care	2 110 110
Fetal Alcohol Spectrum Disorder	351 762
Mental Health Crisis Management	870 719
Prenatal Nutrition Program	296 196
Suicide-Prevention Strategy	86 000
Aboriginal Health Human-Resources Initiative	204 280
Indian Residential Schools	467 692
Nutrition North Canada	496 858
Federal Tobacco-Control Strategy	131 725
Indian and Northern Affairs	
Family Violence	169 200
Northern Contaminants Program	194 418
ITK	
Regional Engagement Coordinator (terminated for 2012-13)	173 000
Total Subsidies	**7 432 252**

Fixed assets and equipment

Housing Project

The NRBHSS was involved in many local and regional projects for 2011-2012. One of the major projects this year was the construction of 70 staff housing units. With the growing demand for health and social services, the need for more housing also rises. A decision was made to build 17 quadruplexes and one semi-detached unit. In the communities of Inukjuak, Puvirnituq and Kuujjuaq, the construction started in late 2011; in Aupaluk, Salluit and Kuujjuaraapik, it will start in July 2012.

Health Centres: Installations Projects

In order to improve regional infrastructures, large-scale projects were developed.

The Ungava Tulattavik Health Centre has a new patient transit close by that results in easier access for its patients. Its projects for the summer 2012 include enlargement of its ambulance garage, a new morgue and additional office space. The final estimated cost for the work is under $4 500 000. A new CLSC is being designed for Aupaluk.

As for the Inuulitsivik Health Centre, the process has started for the construction of a new office building for the Department for Youth Protection in Puvirnituq at a cost of around $12 000 000. Further, the functional and technical plan (FTP) is well under way for a rehabilitation centre in Inukjuak.

To assure the continuity and follow-up of these capital projects, a construction committee was created.

Triennial Conservation and Functional Plan

The NRBHSS has finalized the budget for the new three-year conservation and functional plan for the region which will cover the period from 2012 to 2015. Closer collaboration with both Nunavik health centres enabled us to provide them with more information and the budgets necessary to accomplish most of the projects.

For the NRBHSS and the two health centres, many upgrades to the existing buildings are in the plans for 2012. The three organizations are very involved in the current Strategic Regional Plan, working on the new developments in the region.

Human resources

The list of positions at the Nunavik Regional Board of Health and Social Services saw few changes in 2011-2012 apart from the addition of three temporary, full-time positions in the Department of Inuit Values and Practices and a position for human-resources advisor in the Department of Administrative Services (added in August 2011 instead of outsourcing).

Once again this year, the bulk of the efforts in human-resources management were devoted to supporting the various departments of the regional board in acquiring competent personnel. Below is a summary of the results:

Executive Management

- Position of acting executive director to replace Jeannie May, who took maternity leave: first assumed by Larry Watt and then by Gilles Boulet
- Position of executive secretary following the transfer of Suzanne Bettez to Planning and Programming at the end of March 2012: vacant

Department of Administrative Services

- Position of financial-management officer after the promotion of Dany Gagnon as head of financial resources: filled by Souleye Ndiaye in May 2011
- Position of financial-management officer following the retirement of Stella Miner: filled by Denis Beauregard in January 2011
- Positions of maintenance worker: filled by Emma Saunders and Monica Gordon Watt in January 2012
- Position of administrative technician/executive secretary: filled by Francine Lambert, who changed departments in January 2012 to assume the vacated position

Department of Out-of-Region Services

- Position of officer responsible for the INIB portfolio after the departure of Janie Paquet: filled by Lyse Perron in December 2011

Department of Inuit Values and Practices

- Four new temporary, full-time positions under the residential-schools portfolio: filled by Mary Mesher (coordinator, October 2011), Eva Lapage (community worker, October 2011), Martha Greig (community worker, October 2011), Louisa Brown (community worker, February 2012)

Department of Planning and Programming

- Position of director of Planning and Programming after the departure of Claude Bouffard, who was serving as Acting Director: filled by Jean-Claude Leclerc in May 2011
- Position of advisor for programs for children, youths and families: filled by Diane Belec in June 2012 and, after her departure, by George Delatolla, who was promoted in February 2012
- Position of advisor for adult programs and specific services after the departure of Jean-François Richard on leave without pay: filled by Andrée-Anne Provençal, who was promoted in February 2012 and who will assume the functions shortly
- Position of advisor for medical affairs to replace Geneviève Morin, who took maternity leave: filled by Martine Boudreau (rehired) in August 2011
- Position of officer for the suicide-prevention portfolio to replace Andrée-Anne Provençal, who took maternity leave: filled by Véronique Paradis in July 2011
- Position of officer for programs for children, youths and families: filled by Karine Lussier in July 2011
- Position of officer for programs for children, youths and families, after the departure of Janet Sarmiento: vacant
- Position of officer for community organizations, after the promotion of George Delatolla: vacant as of March 31, 2012
- Position of officer for clinical projects after the departure of Philippe Alexandre Bourgouin on parental leave: not posted
- Position of administrative technician/executive secretary after the transfer of Francine Lambert to the same position in the Department of Administrative Services: filled by Suzanne Bettez at the end of March 2011
- Position of officer for medical affairs: filled by Annie-Claude Houle in February 2011
- Position of officer for addictions programs after the departure of Jennifer Lapage: filled by Roda Grey in October 2011

Department of Public Health

- Position of officer for nutrition programs to replace Marie-Josée Gauthier, who took maternity leave: temporarily filled by Amélie Bouchard Dufour in May 2011
- Position of administrative technician/executive secretary to replace Vincent Gilbert, who took deferred leave: filled by Sally Lambert for a six-month period in May 2011
- Position of advisor for infectious diseases after the resignation of Lise Lapierre: filled by Annie Payette in July 2011

Regional Department of Human-Resources Development

- Position of officer for training programs to replace Chesley Mesher: filled by Donna Davies in October 2011

The above changes affected 38% of our personnel positions.

Also involving the issue of personnel hiring, and particularly recruitment efforts, we worked jointly with the Regional Department of Human-Resources Development, our communications officer and our officer for medical affairs at adapting to new technologies and ensuring greater visibility for the NRBHSS in matters of personnel recruitment in Kuujjuaq, Nunavik and the South. The project should be in full swing during 2012-2013.

Besides those activities, a good amount of time was spent on management of employment benefits. In effect, a growing number of instances of leave were managed: leave without pay, maternity, paternity and parental leave, and deferred leave.

It is also important to point out a rising number of cases of sick leave. For that purpose, we are working on a range of services under the employee-assistance program.

In terms of support for management of professional relations, most of our efforts were devoted to the team at the Ulluriaq Adolescent Centre, because, on one hand, the boys' unit was closed in March 2012. That closing led to personnel movement and layoffs. On the other hand, the unionization of all the personnel was also a major part of our priorities.

In the last annual report, we hoped that all the policies related to human-resources management would be adopted in 2010-2011. That objective remains a priority for the present year. Two other objectives are particularly important to us: the development of programs to support our personnel and the full revision of each job description.

Information systems

Telecommunication Network

We achieved a major goal during the year: the deployment of the Nunavik Telecommunications Network (NtN). The health sector's telecommunications network is managed by the Kativik Regional Government. With the collaboration of the KRG's telecommunications sector, the *CSPQ*, Sogique and the *MSSS*, we finally have a telecommunications network that will enable the deployment of clinical information systems throughout the region.

The NtN will have many positive impacts in the day-to-day activities; it will enable the clinical staff to securely access client information by the use of technology and will improve the effectiveness of clinicians' decisions in a minimal amount of time regardless of the community in which the client resides. The next phase of the NtN project will be the implementation of network-optimization equipment at each of the 29 health-sector sites, which will enhance the

transmission of data and ensure the confidentiality of the information being transmitted over the NtN.

Youth-Protection Information System

Another major project being deployed is the Youth-Protection Information System. The Inuulitsivik and Ungava Tulattavik Health Centres' Departments of Youth Protection have begun the initial preparation. The Youth-Protection Information System integrates three information systems on the clientele (youths and their parents). This information system will provide interveners and managers with immediate and accurate information on the youth clientele, thus allowing for better assessment of the clientele and greater effectiveness in the services.

Information-Resources Master Plan

The Nunavik Information-Resources Master Plan is being revised to reflect the changing regional and local realities. The revised plan will now be known as the "Nunavik eHealth Plan." The new plan will include the activities related to telehealth development as well as the Information-Resources Security Framework. The security of personal information continues to be a priority of the NRBHSS and the entire Nunavik health network. Our overall goal is to maximize Inuit ownership of programs and funding allocations in order to improve quality, access and control, improve the health of Inuit, and ensure all programs and services are culturally appropriate, well coordinated and holistic.

Telehealth

In collaboration with the McGill *RUIS*' VHSSC (virtual health and social services centre), telehealth equipment has been deployed in each of the 14 CLSCs of the region. The telehealth equipment will enable the clinical and administrative staff to have access 24 hours a day to the region's health centres as well as specialized services in the South.

You are welcome to consult the NRBHSS web site for current information at www.rrsss17.gouv.qc.ca.

Regional Department of Human-Resources Development

Message from the Director

This past year, we dealt with many issues related to training and hiring (DYP pilot project) as well as others related to working conditions (attraction-retention). We also filled two positions on the team after the departure of personnel officers Louise Samoisette and Chesley Mesher. They were replaced by Donna Davies and Erika-Anne Brisson, who have successfully assumed their new duties.

Jean-Pierre Charbonneau

Training

- Training program in social work: The training program destined for the Inuit personnel of the Departments of Youth Protection, offered in the North by a professor of Marie-Victorin College, continued this year. More than 12 sessions, held in Kuujjuaq, Inukjuak, Puvirnituq and Kuujjuaraapik, were attended by more than 25 participants. The cost of the training totalled close to $300 000 (air transportation, daily allowance for participants, hotel, professor's salary and so forth). During the year, Claude Lévesque, professor, was replaced by Vanessa Legault. The transition went very smoothly. At the end of the training, in two years, the persons having completed the program will obtain a collegial attestation diploma in social work (recognition of assets and experience), which will qualify them for a new job title and a higher salary.
- Training program for *MNQ* interpreters: Two five-day sessions were offered (June 2011 and October 2011). The goal was to enable the interpreters to acquire a better understanding of medical terms, which facilitates their work and results in improved communications between the physicians and nurses and Inuit patients who speak only Inuktitut. More than eight persons participated in the training. Moreover, one woman from the Hudson coast also took the training and, for the current year (2011-2012), will be the multiplying agent by providing the same training in the North at the two health centres. This project was made possible thanks to a subsidy from McGill University.
- Again through a subsidy from McGill, an employee of the regional board underwent a four-week English immersion program in Nova Scotia.
- An adapted and customized training program on all the software in the *Office* suite was offered to all of the regional board's personnel; the training covered all levels, from beginner to expert.
- In the coming year (2012-2013), a new program will be offered to the Inuit personnel working in rehabilitation (youths in difficulty and their families). After an assessment of the needs, the training will help Inuit educators in establishing supportive relations, communicating with the clientele and within a work team, examining problems of bio-psychosocial adaptation, leading client groups, carrying out interventions involving adaptation and rehabilitation among youths with adjustment difficulties, performing rehabilitation activities among persons with psychiatric and substance-abuse disorders, and carrying out interventions among persons in crisis situations. After four years, the Inuit educators will be able to obtain collegial attestation in specialized education.

Hiring and Orientation

- Under the DYP pilot project, more than 13 professionals (DYP), 4 Inuit community workers, 3 professionals (CLSC), 4 educators and 1 management officer (rehabilitation), and 1 Planning and Programming officer (regional board) were hired.

- More than eight training and orientation sessions were organized for more than 39 interveners coming to work in the North and for 16 interveners and foster families from Ontario who provide services for Inuit youths placed in Ontario.
- To facilitate recruitment, we participated in several university career fairs (Gatineau, Ottawa, Montréal, McGill, Laval Trois-Rivières, Moncton, Rimouski, Sherbrooke) as well as in a convention (health and social services) for youth centres, psychoeducators and social workers at the Montréal Convention Centre.
- In relation to hiring, several visits were made to nearly all the Nunavik communities (more than 17 visits). More than 20 persons were hired for the two Departments of Youth Protection and the Department of Rehabilitation.
- To complement our recruitment activities, we visited four communities and met with secondary students for the purpose of promoting careers in the health sector.

Working Conditions

- In the summer 2011, our department was called on to join the employers' negotiating subcommittee, in relation to the Letter of Agreement no. 37 of the CSN collective agreement. That letter stipulates presentation of recommendations to the *MSSS* to facilitate the attraction and retention of personnel in the health sector (Regions 17 and 18). The letter outlines the scope of the recommendations for personnel under category 3 (office personnel) and category 4 (health and social services personnel), both technical and professional. Joint recommendations were sent to the *MSSS* on April 14, 2012, and will be applied in the near future. Aside from the introduction of a retention premium, which varies depending on sector (3, 4 and 5), they also include measures such as training programs for social aides, neighbourhood workers and administrative agents, classes 1 and 2. The goal of those programs will be to enable the persons with the above job titles to acquire new knowledge and thus become admissible for a new job title as technician in social assistance or administrative technician. The program will enable the persons concerned to undertake training in the North, offered by Marie-Victorin College. Further, the program provides for the supervision of the personnel concerned by a tutor, that is, someone who already holds the job title of technician or professional. Those tutors will also receive brief training (tutoring) and could be entitled to a 5% premium. Finally, the recommendations also include a budget that enables the local parties (employer and union) to establish measures for professional supervision and orientation programs for the personnel coming to work in the North for the first time.
- In relation to the previous issue, our department produced a comparative document on working conditions in Nunavik (KRG-KSB-Makivik-health sector-NVs). The study revealed that it is difficult for our sector to complete with other sectors in terms of hiring and retaining local personnel. This year, we will work with the *MSSS* to present recommendations to re-examine the issue of regional disparities.

- In the past year, our department was tasked by Executive Management to produce a complete file for presentation to the *MSSS*, in view of revising salary classes for senior management personnel and senior administrators of the regional board and in accordance with the established rules. The file was presented to the *MSSS*, which, in June 2011, confirmed an increase in nearly all the salary classes. The same effort was carried out by both health centres of our region, and the *MSSS* saw to establishing equity between the various positions for senior management and senior administrators in the region.

Other Activities

- Our department was mandated by Executive Management to proceed with the design of an organization plan in accordance with section 183 of the *Act respecting health services and social services*, which stipulates: "Every institution must prepare an administrative, professional and scientific organization plan. The plan shall describe the administrative structure of the institution, its divisions, services and departments as well as the clinical programs of the institution. The organization plan must be reviewed at least once every three years." The draft organization plan was submitted to the members of the steering committee in the winter 2011 and will be the object of discussions and modifications; once the revision is complete, it will be presented to the board of directors for approval.
- Based on the manpower lists of our three organizations, our department produced a list of regional positions. That enabled us to determine, in August 2011, that our network has 708 full-time positions, 132 regular, part-time positions and 90 vacant positions, for a total of 773.82 full-time equivalent. The figures break down further as 312 persons from Nunavik and 438 from outside the territory, 5 positions for senior administrators, 22 for senior management, 64 for intermediate management, 134 under category 1 (nurses), 219 under category 2 (support personnel), 13 under category 3 (office personnel), 246 under category 4 (health and social services), 4 for pharmacists and 15 for midwives. Given the turnover rate in the North and the development of services, these statistics could easily fluctuate. Thus, in 2012-2013, we will acquire informatics tools through our payroll systems, which should facilitate updates and the production of various types of data related to manpower planning.

Department of Out-of-Region Services

Message from the Director

Since its creation in 2009, the Department of Out-of-Region Services continues to oversee and manage the Insured/Non-Insured Health Benefits (INIHB) program in collaboration with the region's two health centres.

Besides managing the department, I am also involved in various regional and special committees.

A committee closely tied to the NRBHSS' mandate and mission is the Regional Committee on the Management of Patient Services (RCMPS). This committee is an advisory body mandated to support the health centres in their work at establishing the broad regional orientations concerning programs and service organization. This committee's mandate also includes providing recommendations concerning the organization of the *Module du Nord Quebecois* (Northern Québec Module, or *MNQ*) and improving the services provided for patients in Montreal.

Another committee, which I also chair, is the Nunavik Youth House Association Advisory Committee. Its mandate is to set regional priorities in relation to youth-centre programming and training of staff members. An important ongoing task of this committee is the development of the renovation and replacement plan of all youth centres. In collaboration with the NRBHSS, a technical needs-analysis report was the subject of discussion on this committee. A pilot project to replace youth centres has been elaborated and will target two or three communities in the beginning.

Homelessness among Inuit in Montreal is an ever-increasing concern for many. A multi-partner committee was created in 2010 and my participation in this was active. The partners in this committee range from representatives of the City of Montreal, the Association of Montreal Inuit, Projet Autochtones du Quebec (night shelter in Montreal) and many others.

Another committee I was involved in is the Inuit Tuttarvingat Governing Committee, a committee within the National Aboriginal Health Organization.

One of the more important and critical files under my responsibility is the relocation of the *MNQ*. In this fiscal year, much work was done negotiating with the *MSSS* to obtain authorization to submit a project so that a permanent solution can be found for the *MNQ* offices and lodging facilities. Work is under way to issue a public call for tender so that efforts can continue in 2013.

Larry Watt

Insured/Non-Insured Health Benefits (INIHB)

The INIHB program offers a limited number of goods and services that are not already provided for beneficiaries of the *JBNQA* by other agencies or through other Québec programs.

The INIHB covers the following health benefits further detailed in the Reference Framework Agreement (2011):

- prescription medications;
- over-the-counter medications and patent drugs;
- medical supplies;
- transportation for health reasons, patient escorts, interpreters, lodging;
- eye care, including spectacles and contact lenses when required for medical reasons;
- dental care;
- hearing aids;
- mental-health services (short term);
- reimbursement of prescription fees.

Department Activities

- In the fall 2011, the INIHB officer attended the biannual ITK Inuit-Specific Technical Working Group meeting in Labrador.

- Janie Paquet, INIHB officer, decided to leave Nunavik after almost six years of service at the NRBHSS.

- In December 2011, Lyse Perron started her training to become the new officer for the program. She previously worked at the Ungava Tulattavik Health Centre for one year (Department of Professional Services).

- In February 2012, Mrs. Paquet and Mrs. Perron went to the biannual ITK meeting in Ottawa. This meeting was an opportunity for the four Canadian northern regions to meet and share. A number of meetings with Health Canada were also on the agenda.

- A project to develop a user guide within the ITK working group went well and there will be a section applicable to each of the four Inuit regions in Canada.

- The Regional User Transportation Policy will be presented to the board of directors for adoption in the near future. We acknowledge the professional contribution of Martine Boudreau (medical affairs) towards the revision of this policy.

Department Objectives for 2012-2013

- Find a way to publish the user guide for Nunavik. This tool should be presented and distributed to each of the communities of Nunavik. A visit to each village would be the best way to meet the beneficiaries and the health professionals and improve communications.

- Put the user guide on the NRBHSS Internet site for reference.

- Create a user-friendly reimbursement form for the beneficiaries.

- Meet as much as possible with health-sector collaborators and improve communications with a view to improving the services provided under the INIHB program to beneficiaries.

- Find ways to improve the services for the beneficiaries and the health-care providers.

- Modify the INIHB program to improve out-of-region services with respect to the following: providing respirators, providing access to maxillofacial surgery, recruiting foster homes for children which provide specialized treatment and care when outside of hospital while in the South and including in the program patients staying for extended periods in the South for medical reasons.

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

SUMMARY FINANCIAL REPORT

MARCH 31, 2012

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SUMMARY FINANCIAL REPORT
MARCH 31, 2012

TABLE OF CONTENTS

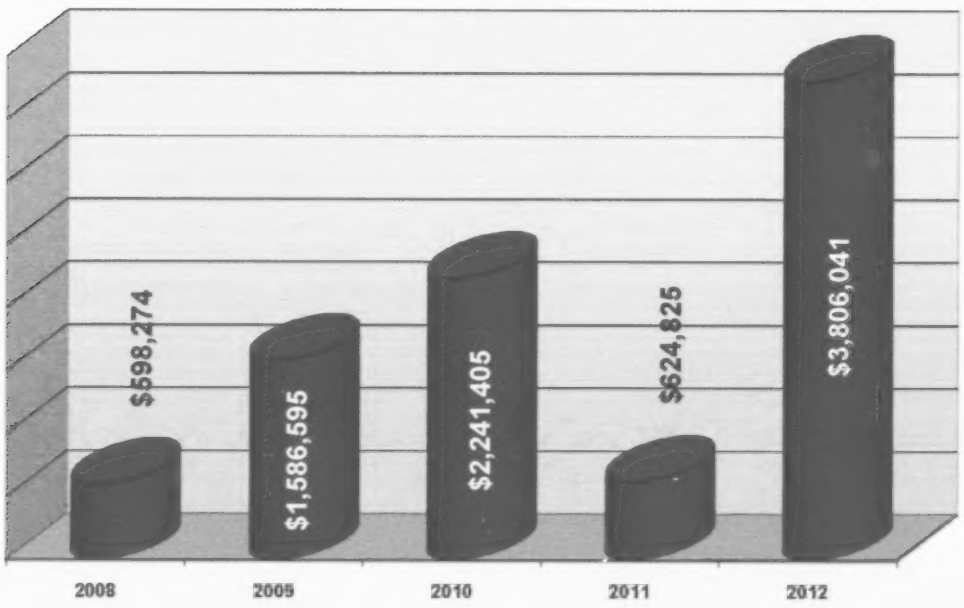
	Part
SYNOPSIS REVIEW	I
FINANCIAL STATEMENTS	
INUKTITUT	II
ENGLISH	III
FRENCH	IV

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SYNOPSIS REVIEW
MARCH 31, 2012

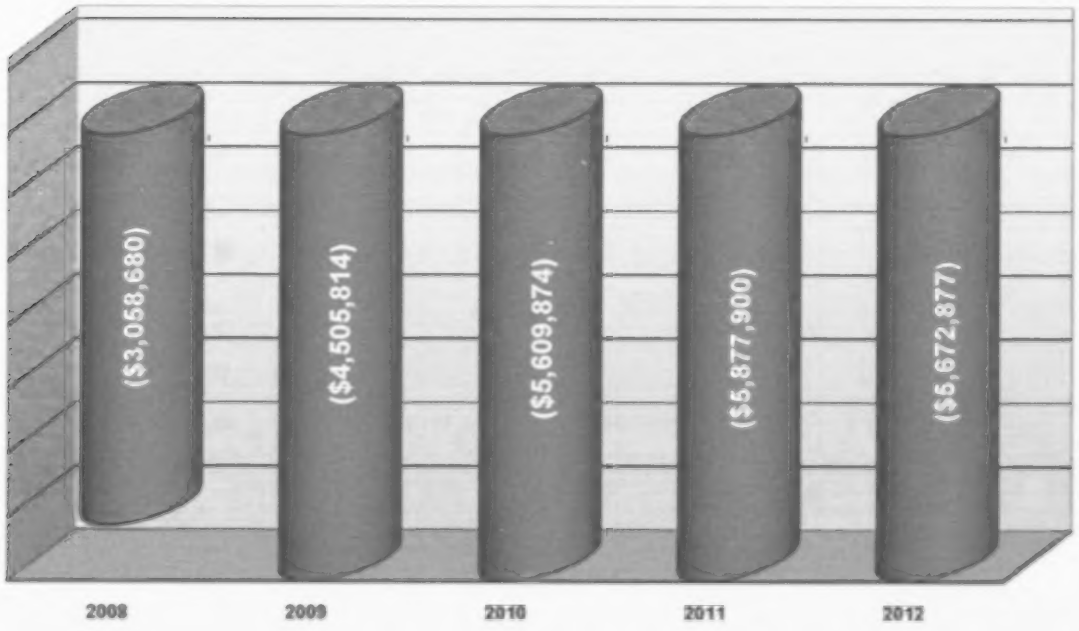
TABLE OF CONTENTS

	Page
COMBINED CASH POSITION	1
OPERATING FUND	
FUND BALANCE	1
EXCESS (DEFICIENCY) OF REVENUE OVER EXPENDITURE	2
EVOLUTION OF THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES' GRANTS	2
SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR	3
ASSIGNED FUND	
FUND BALANCE	3
FUND BALANCE BY DEPARTMENT	4
EVOLUTION OF THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES' GRANTS	4
SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR	5

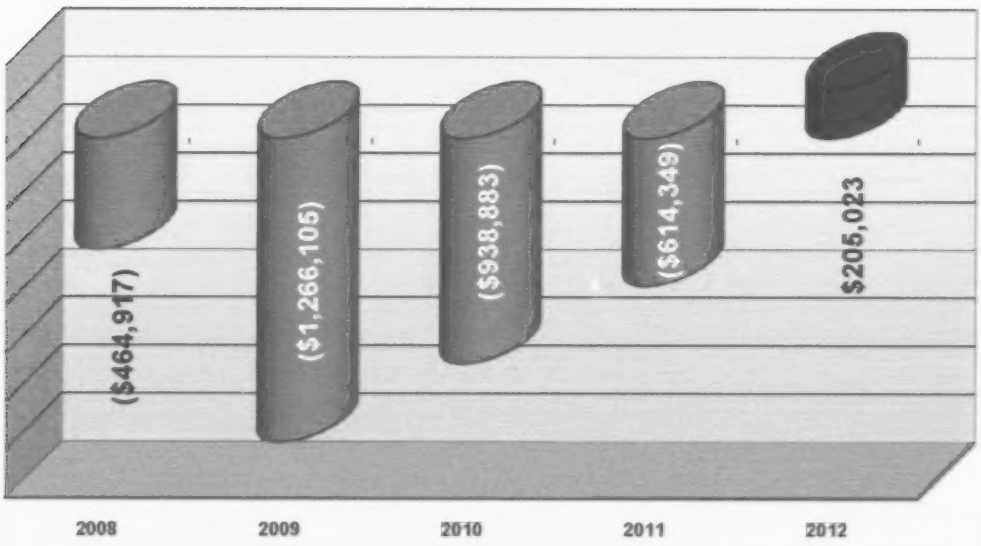
COMBINED CASH POSITION



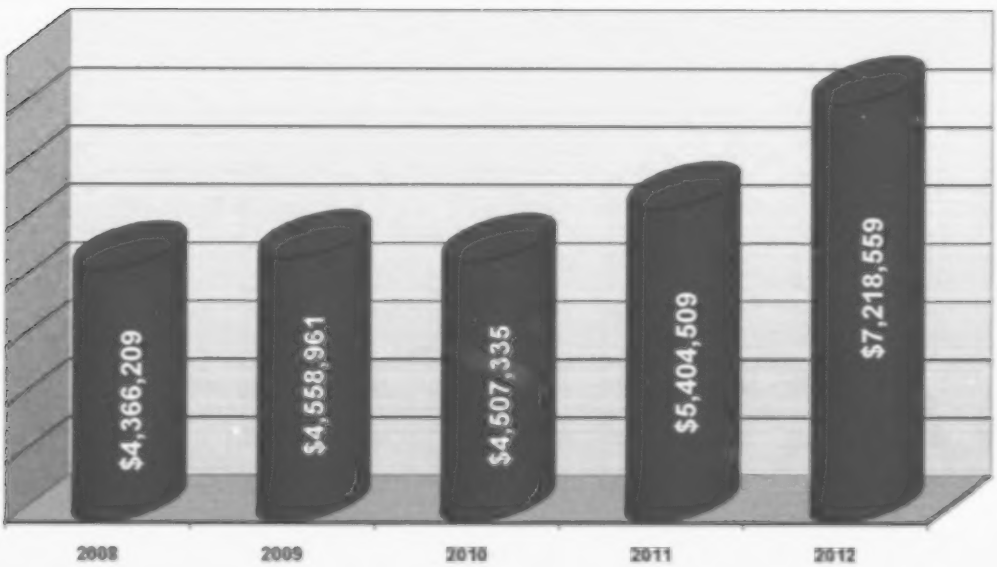
OPERATING FUND - FUND BALANCE



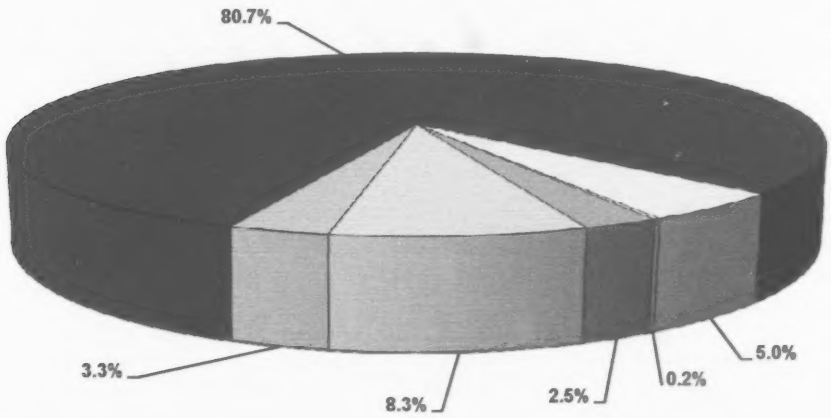
OPERATING FUND - EXCESS (DEFICIENCY) OF REVENUE OVER EXPENDITURE



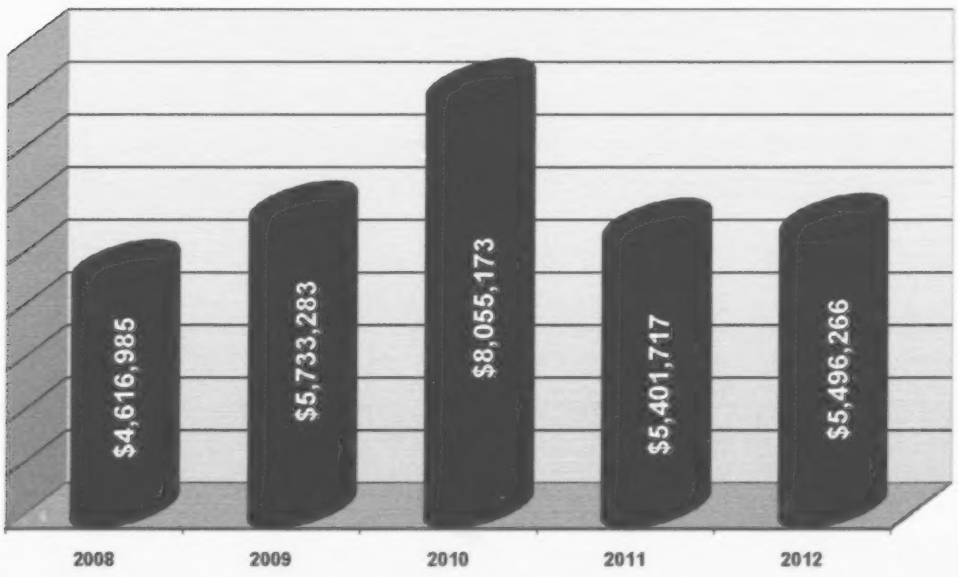
OPERATING FUND - EVOLUTION OF THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES' GRANTS



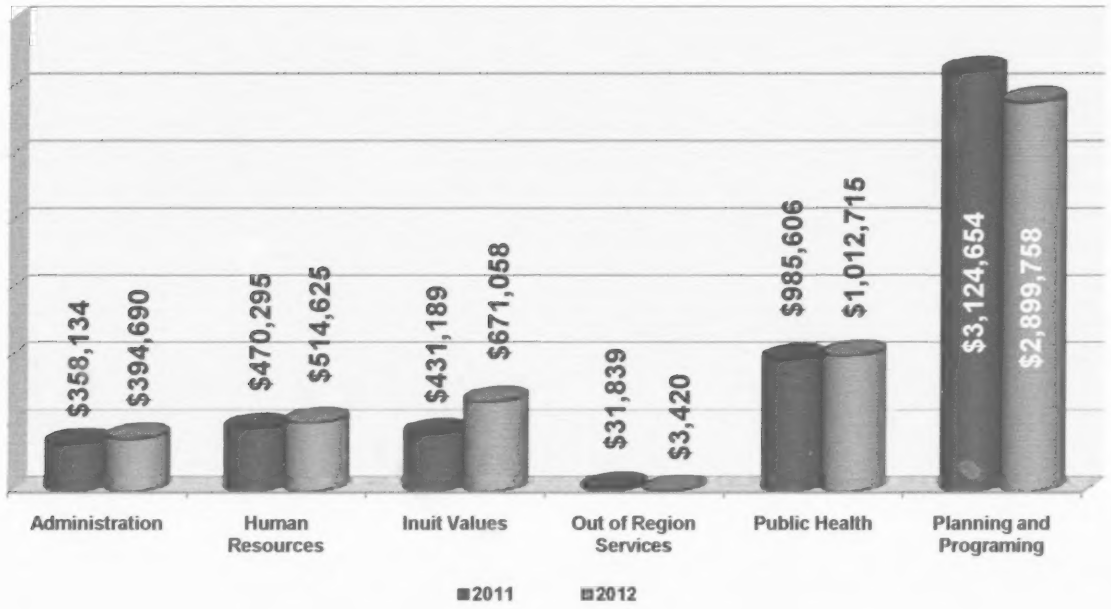
OPERATING FUND - SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR



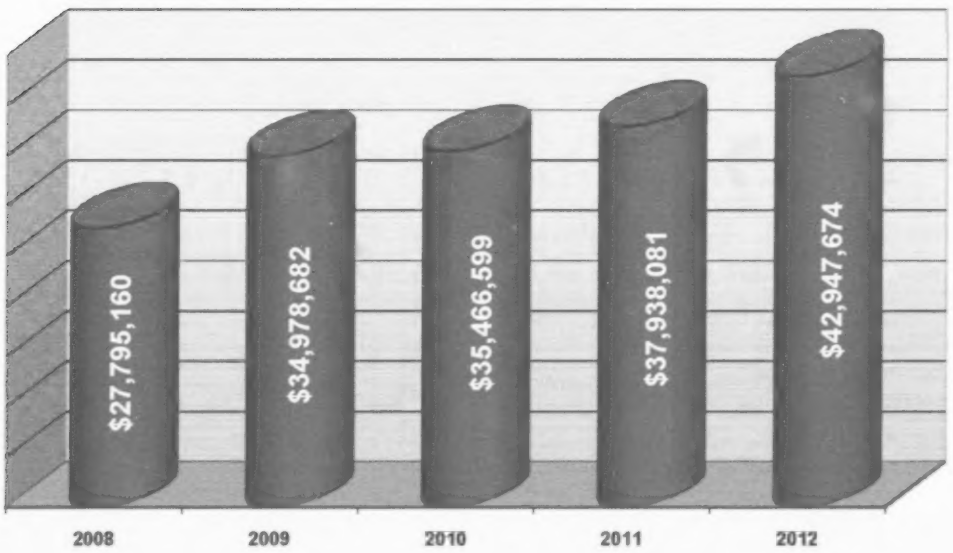
ASSIGNED FUND - FUND BALANCE



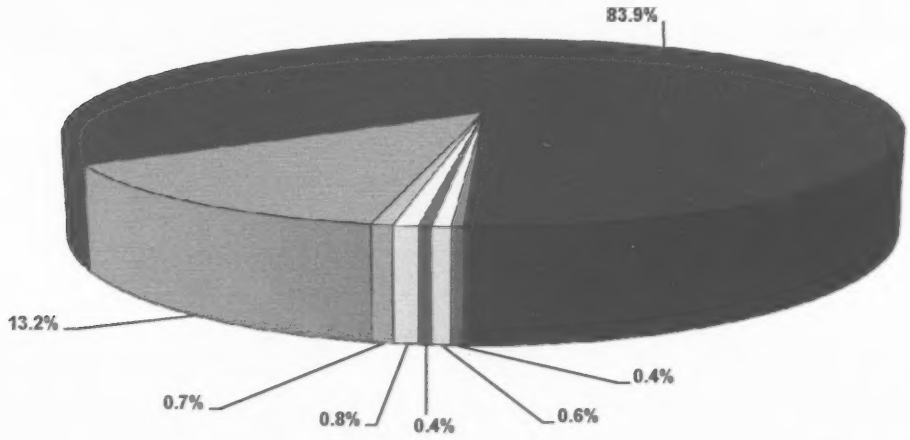
ASSIGNED FUND - FUND BALANCE BY DEPARTMENT



ASSIGNED FUND - EVOLUTION OF THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES' GRANTS



ASSIGNED FUND - SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR



I.N.A.C. (0.7%)
Health Canada (13.2%)
Health and Social Services (83.9%)
Health Centres contributions (0.4%)
C.S.S.T. (0.6%)
Inuit Tapiriit Kanatami (0.4%)
Other (0.8%)

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

SUMMARY FINANCIAL STATEMENTS

MARCH 31, 2012

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SUMMARY FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2012

TABLE OF CONTENTS

	Page
COMBINED BALANCE SHEET	3
COMBINED STATEMENT OF VARIATION OF NET FINANCIAL ASSETS (NET DEBT)	4
COMBINED STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE	5
COMBINED STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES	6
OPERATING FUND	
BALANCE SHEET	8
STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE	9
STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES	10
LONG-TERM ASSETS FUND	
BALANCE SHEET	11
STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE	12
STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES	13
ASSIGNED FUND	
BALANCE SHEET	14
STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE	15
NOTES TO SUMMARY FINANCIAL STATEMENTS	18

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
COMBINED BALANCE SHEET
MARCH 31, 2012

	2012 $	2011 $
FINANCIAL ASSETS		
CASH	**3,806,041**	624,825
ACCOUNTS RECEIVABLE	**81,902,287**	126,599,342
	85,708,328	127,224,167
LIABILITIES		
BANK LOANS	**5,727,212**	8,151,572
TEMPORARY FINANCING	**33,267,204**	48,556,290
ACCOUNTS PAYABLE AND ACCRUED CHARGES	**23,624,758**	61,610,727
DEFERRED REVENUE	**488,193**	-
BONDS PAYABLE	**35,175,902**	19,633,009
	98,283,269	137,951,598
NET FINANCIAL ASSETS (NET DEBT)	**(12,574,941)**	(10,727,431)
NON-FINANCIAL ASSETS		
CAPITAL ASSETS	**12,398,330**	10,251,248
	12,398,330	10,251,248
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	**(176,611)**	(476,183)

APPROVED ON BEHALF OF THE BOARD:

_____, Member

_____, Member

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
COMBINED STATEMENT OF VARIATION OF NET FINANCIAL ASSETS (NET DEBT)
YEAR ENDED MARCH 31, 2012

	2012 $	2011 $
SURPLUS (DEFICIT) FOR THE YEAR	**299,572**	(3,000,881)
Restatement - Accounting Change April 1, 2008	-	(6,964,457)
Restatement - Accumulated Payroll Banks (note 11)	-	(420,000)
Capital Assets Variation		
Acquisition of Capital Assets	**(2,695,886)**	(3,812,558)
Amortization of Capital Assets - Restated (note 12)	**548,804**	525,767
	(2,147,082)	(3,286,791)
VARIATION OF THE NET FINANCIAL ASSETS (NET DEBT)	**(1,847,510)**	(13,672,129)
BEGINNING BALANCE - NET FINANCIAL ASSETS (NET DEBT)	**(10,727,431)**	2,944,698
ENDING BALANCE - NET FINANCIAL ASSETS (NET DEBT)	**(12,574,941)**	(10,727,431)

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
COMBINED STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2012

	2012 $	2011 $
FUND BALANCE - BEGINNING OF YEAR	**(476,183)**	16,241,100
Restatement - Accounting Change April 1, 2008	-	(6,964,457)
Restatement - Accumulated Payroll Banks (note 11)	-	(420,000)
Restatement - Accumulated Amortization of Capital Assets (note 12)	-	(6,331,945)
FUND BALANCE - BEGINNING OF YEAR, as Restated	**(476,183)**	2,524,698
Excess (Deficiency) of Revenue over Expenses	**299,572**	(3,000,881)
FUND BALANCE - END OF YEAR	**(176,611)**	(476,183)

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
COMBINED STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES
YEAR ENDED MARCH 31, 2012

	2012 $	2011 $
REVENUE		
Grants and Contributions	**60,052,226**	51,459,694
Housing Rental	**446,946**	561,335
Municipal Affairs	**299,597**	281,208
Administration Fees	**226,773**	301,467
Interest Income	**18,382**	7,612
Other Revenue	**722,266**	5,525
	61,766,190	52,616,841
DEFERRED REVENUE - BEGINNING OF YEAR	-	233,323
DEFERRED REVENUE - END OF YEAR (note 4)	**(488,193)**	-
	(488,193)	233,323
	61,277,997	52,850,164

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
COMBINED STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES (CONT'D)
YEAR ENDED MARCH 31, 2012

	2012 $	2011 $
EXPENSES		
Salaries and Fringe Benefits	**9,231,563**	7,977,923
Administration Fees	**226,773**	289,505
Advertising and Publicity	**386,848**	195,122
Amortization	**548,804**	525,767
Bad Debts (Recovery)	**(27,167)**	83,182
Equipment Rental	**118,481**	51,609
Freight Charges	**106,915**	50,326
Heating and Electricity	**375,382**	291,361
Honorarium	**288,497**	161,400
Housing Rental	**330,013**	703,680
Insurance	**25,316**	22,724
Interest and Bank Charges	**1,156,426**	1,426,852
Landleases	**35,952**	33,974
Local Activities	**19,535**	442,591
Maintenance and Repairs	**60,397**	55,635
Municipal Services	**299,597**	281,208
Office Expenses	**937,169**	536,349
Professional Fees	**415,990**	171,446
Publication and Membership	**9,729**	-
Purchased Services	**2,512,409**	3,568,801
Telecommunication	**224,928**	178,921
Training and Education	**109,953**	23,671
Transfers to Organizations	**1,868,509**	1,643,020
Transfers to Inuulitsivik Health Centre	**26,706,388**	24,256,419
Transfers to Tulattavik Health Centre	**12,323,578**	10,537,308
Travel and Accommodation	**2,456,083**	2,187,301
Vehicle Expenses	**52,582**	33,111
Other	**177,775**	121,839
	60,978,425	55,851,045
EXCESS (DEFICIENCY) OF REVENUE OVER EXPENSES	**299,572**	(3,000,881)

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND - BALANCE SHEET
MARCH 31, 2012

	2012 $	2011 $
FINANCIAL ASSETS		
CASH	**3,680,316**	532,210
ACCOUNTS RECEIVABLE (note 2 a))	**2,386,999**	3,286,867
	6,067,315	3,819,077
LIABILITIES		
ACCOUNTS PAYABLE AND ACCRUED CHARGES	**4,004,282**	3,806,558
DUE TO LONG-TERM ASSETS FUND (note 7)	**209,742**	131,425
DUE TO ASSIGNED FUND (note 7)	**7,037,975**	5,758,994
DEFERRED REVENUE (note 4)	**488,193**	-
	11,740,192	9,696,977
NET FINANCIAL ASSETS (NET DEBT)	**(5,672,877)**	(5,877,900)
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	**(5,672,877)**	(5,877,900)

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND - STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2012

	2012 $	2011 $
FUND BALANCE - BEGINNING OF YEAR	**(5,877,900)**	(5,109,874)
Restatement - Accrued Payroll Banks (note 11)	-	(153,677)
FUND BALANCE - BEGINNING OF YEAR, as Restated	**(5,877,900)**	(5,263,551)
Excess (Deficiency) of Revenue over Expenses - Regular Operations	**205,023**	(614,349)
FUND BALANCE - END OF YEAR	**(5,672,877)**	(5,877,900)

As at March 31, 2012, the balance is composed of:

Regular Operations	**(5,699,742)**	(5,904,765)
Special Projects - Planning and Programming - Nurse Retention (#792)	**26,865**	26,865
	(5,672,877)	(5,877,900)

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND
STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES
YEAR ENDED MARCH 31, 2012

	2012 $	2011 $
REVENUE		
Health and Social Services	**7,218,559**	5,404,509
Dossier Santé Québec	**-**	20,798
Housing Rental	**446,946**	561,335
Municipal Affairs	**299,597**	281,208
Inuit Tapiriit Kanatami	**15,000**	-
Kativik Regional Government - Employment & Training	**9,428**	-
Administration Fees	**226,773**	301,467
Interest Income	**18,382**	7,612
Other	**722,266**	5,525
	8,956,951	6,582,454
DEFERRED REVENUE - BEGINNING OF YEAR	**-**	233,323
DEFERRED REVENUE - END OF YEAR (note 4)	**(450,000)**	-
	(450,000)	233,323
	8,506,951	6,815,777
EXPENSES		
General Administration	**6,274,822**	5,837,151
Community Health Advisors	**1,279,628**	922,322
Building Operating Costs	**747,478**	670,653
	8,301,928	7,430,126
EXCESS (DEFICIENCY) OF REVENUE OVER EXPENSES	**205,023**	(614,349)

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
LONG-TERM ASSETS FUND - BALANCE SHEET
MARCH 31, 2012

	2012 $	2011 $
FINANCIAL ASSETS		
CASH	**125,725**	92,615
DUE FROM OPERATING FUND (note 7)	**209,742**	131,425
ACCOUNTS RECEIVABLE (note 2 c))	**61,436,521**	65,898,915
	61,771,988	66,122,955
LIABILITIES		
BANK LOANS (note 5)	**5,727,212**	8,151,572
ACCOUNTS PAYABLE AND ACCRUED CHARGES	-	33,332
TEMPORARY FINANCING	**33,267,204**	48,556,290
BONDS PAYABLE	**35,175,902**	19,633,009
	74,170,318	76,374,203
NET FINANCIAL ASSETS (NET DEBT)	**(12,398,330)**	(10,251,248)
NON-FINANCIAL ASSETS		
CAPITAL ASSETS (note 3)	**12,398,330**	10,251,248
	12,398,330	10,251,248
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	-	-

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
LONG-TERM ASSETS FUND
STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2012

	2012 $	2011 $
FUND BALANCE - BEGINNING OF YEAR	-	13,296,402
Restatement - Accounting Change April 1, 2008	-	(6,964,457)
Restatement - Accumulated Amortization of Capital Assets (note 12)	-	(6,331,945)
FUND BALANCE - BEGINNING OF YEAR, as Restated	-	-
Excess (Deficiency) of Revenue over Expenses	-	-
FUND BALANCE - END OF YEAR	-	-

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
LONG-TERM ASSETS FUND
STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES
YEAR ENDED MARCH 31, 2012

	2012 $	2011 $
REVENUE		
Health and Social Services - Interest Reimbursement	**1,043,308**	1,311,370
Health and Social Services - Capital Reimbursement	**548,804**	138,500
Contribution from Operationg fund	-	387,267
	1,592,112	1,837,137
EXPENSES		
Interest Charges	**1,043,308**	1,311,370
Amortization	**548,804**	525,767
	1,592,112	1,837,137
EXCESS (DEFICIENCY) OF REVENUE OVER EXPENSES	-	-

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - BALANCE SHEET
MARCH 31, 2012

	2012 $	2011 $
FINANCIAL ASSETS		
DUE FROM OPERATING FUND (note 7)	**7,037,975**	5,758,994
ACCOUNTS RECEIVABLE (note 2 b))	**18,078,767**	57,413,560
	25,116,742	63,172,554
LIABILITIES		
ACCOUNTS PAYABLE AND ACCRUED CHARGES	**19,620,476**	57,770,837
	19,620,476	57,770,837
NET FINANCIAL ASSETS (NET DEBT)	**5,496,266**	5,401,717
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	**5,496,266**	5,401,717

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2012

	Project Number	Fund Balance Beginning of Year $	Restatement (note 11) $	Revenue $	Expenses $	Fund Balance End of Year $
ADMINISTRATION						
Provincial funds						
Housing Construction	701	(77,186)	-	-	-	(77,186)
PACS Teleradiology	702	(49,052)	-	-	-	(49,052)
MEO Technology Orientation	759	29,291	-	-	-	29,291
Emergency Measures	998	83,114	(7,935)	994,796	933,732	136,243
Banwidth Enhancement Project	8860	359,935	-	-	115,818	244,117
Other funds						
Pandemic Influenza	8001	(34,151)	-	-	-	(34,151)
Technocentre	8840	-	-	211,006	211,006	-
Regional Administrative Services	8891-92	153,634	(99,516)	332,804	241,494	145,428
		465,585	(107,451)	1,538,606	1,502,050	394,690
HUMAN RESOURCES						
Provincial funds						
Training to Inuit on Medical Terminology	8022	107,289	-	-	-	107,289
Federal funds						
Aboriginal Health Human Resources Initiative	811	371,924	-	204,280	138,148	438,056
Other funds						
Staff Training Youth Protection	818	(8,918)	-	263,263	285,065	(30,720)
		470,295	-	467,543	423,213	514,625
INUIT VALUES						
Provincial funds						
Managerial Staff Development	610	(416)	-	36,186	30,967	4,803
Midwifery Program	901	12,198	-	-	4,689	7,509
Regional Midwifery	8016	84,000	-	-	4,274	79,726
Federal funds						
Brighter Futures	699	70,189	-	1,203,893	1,204,881	69,201
Indian Residential Schools	819	159,471	-	467,692	216,572	410,591
Other funds						
Aboriginal Healing Foundation	800	(14,509)	-	10,000	-	(4,509)
ITK - Regional Engagement Coordinator	804	82,683	-	173,000	189,519	66,164
Certificate in Health and Social Services Management	814	(500)	-	-	-	(500)
McGill Social Workers' Project	815	38,073	-	-	-	38,073
		431,189	-	1,890,771	1,650,902	671,058
OUT OF REGION SERVICES						
Provincial funds						
Insured/Non-Insured Health Benefits Program	938	-	-	36,267,416	36,267,416	-
Insured/Non-Insured Health Benefits Management	939	50,931	(19,092)	275,000	303,419	3,420
		50,931	(19,092)	36,542,416	36,570,835	3,420

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE (CONT'D)
YEAR ENDED MARCH 31, 2012

	Project Number	Fund Balance Beginning of Year $	Restatement (note 11) $	Revenue $	Expenses $	Fund Balance End of Year $
PUBLIC HEALTH						
Provincial funds						
Smoking Action Plan	913	(3,070)	-	-	-	(3,070)
Food Safety Project	915	12,064	-	-	3,075	8,989
Breast Cancer Screening Program - Regional	916	(1,178)	-	-	-	(1,178)
Quebec Smoking Cessation Program	926	17,726	-	31,664	18,925	30,465
Kynesiology	931	210,965	-	-	7,064	203,901
Integrated Perinatal and Early Children	933	-	-	111,540	-	111,540
AIDS and STD - Information and Prevention	956	31,833	-	84,500	56,760	59,573
Hepatitis C	959	9,335	-	1,800	-	11,135
Nosocomial Infections	960	1,880	-	-	-	1,880
STBI Research Project	968	18,569	-	-	9,345	9,224
Breast-Feeding Campaign	8004	410	-	-	-	410
Air Quality for Nunavik Residents	8017	13,410	-	-	-	13,410
PSSP Management Fees	8019	14,000	-	-	-	14,000
Federal funds						
Health Consultation	600	(50,000)	-	-	-	(50,000)
NNHC Functionning	614	12,389	-	114,464	114,008	12,845
Tobacco Federal Program	631	(33,066)	-	-	-	(33,066)
NNHC Communication	632	10,068	-	(9,886)	-	182
FASD	634	191,713	-	351,762	227,522	315,953
Diabetes	693	94,130	-	673,253	673,081	94,302
Perinatal Nutritional Program	696	22	-	296,196	292,923	3,295
AHTF Healthy Living in School and Substance Abuse	809	97,335	-	(92,925)	-	4,410
Nutrition North Canada	820	14,654	-	496,858	496,201	15,311
Communication Plan	821	-	-	78,953	72,329	6,624
Training in Smoking Prevention	822	-	-	131,725	131,725	-
Other funds						
Occupational Health and Safety	611	148,481	-	313,828	439,668	22,641
Kino Quebec	612	86,937	-	53,692	19,951	120,678
Injuries Prevention Research	655	4,915	-	-	-	4,915
Vaccines B - Sec. 5	660	74,401	-	25,520	73,036	26,885
Arctic Net Project	668	26,109	-	-	-	26,109
Inuit Health Survey	690	(73,561)	-	-	-	(73,561)
Dental Health for Primary School	803	11,305	-	-	-	11,305
Literacy Learning - "How I Quit Smoking"	805	43,010	-	-	-	43,010
NAHO Health Analyst	807	514	-	-	(84)	598
Born Smoke Free and Blue Light Campaigns	816	306	-	-	306	-
		985,606	-	2,662,944	2,635,835	1,012,715
PLANNING AND PROGRAMMING						
Provincial funds						
Managers' Training	640	430	-	-	-	430
Training Medical - Legal Kit	790	21,074	-	30,120	4,914	46,280
Women's Health Program	791	166,319	-	-	2,389	163,930
Installation Premiums and Training	920-921-923	543,876	-	921,603	738,220	727,259
External Residency in Family Medicine	922	(445,881)	-	-	3,961	(449,842)
Regional Committees against Violence	932	65,000	-	-	19,814	45,186
Cancer	962	40,250	-	-	-	40,250

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - STATEMENT OF CHANGES IN FUND BALANCE (CONT'D)
YEAR ENDED MARCH 31, 2012

	Project Number	Fund Balance Beginning of Year $	Restatement (note 11) $	Revenue $	Expenses $	Fund Balance End of Year $
PLANNING AND PROGRAMMING (CONT'D)						
Provincial funds (cont'd)						
Young Parents	972	(10,025)	-	10,025	-	-
Training - Nurse, Social Workers	977	42,936	-	-	-	42,936
Mental Health - Training on Crisis Management	8005	694	-	-	-	694
Suicide Prevention - Training	8006	303,203	-	-	111,876	191,327
Violence against Women - Training	8007	223,395	-	-	9,430	213,965
Community Organization - Training	8008	230,568	-	-	9,175	221,393
Mental Health - Support on Clinical Projects	8009	274,704	-	-	198,106	76,598
Suicide Prevention - Regional Strategy	8010	512,294	-	-	583	511,711
Breast Cancer - Diagnostic and Patient Support	8011	3,809	-	-	-	3,809
Services to Elders	8012	67,159	-	-	-	67,159
Training - Network Employees	8013	57,558	-	-	27,066	30,492
Sexual Harassment Intervention Team	8015	56,143	-	-	1,384	54,759
Dependencies	8020	133,341	(1,834)	171,512	168,355	134,664
Training on Attention & Hyperactivities	8021	60,721	-	-	-	60,721
Elder Abuse Prevention	8023	27,555	-	-	10,234	17,321
Youth Program - Regional Coordinator	9008	(86,043)	-	86,043	-	-
Training on Crisis Management	9052	37,386	-	-	-	37,386
Mental Health	9053	120,330	-	-	7,490	112,840
Speech Pathology - Training Daycare	9075	126,132	-	-	127,840	(1,708)
Psycho-Social Committee	9077	21,092	-	-	17,683	3,409
Speech Pathology - Program Development	9078	951	-	-	-	951
CLSC - Regional Development Strategy	9079	13,400	-	-	-	13,400
Development Problems - Regional Committee	9080	37,754	-	-	18,301	19,453
Intellectual Deficiency - Evaluation Chart	9081	13,704	-	-	-	13,704
Federal funds						
Home and Community Care	618	21,967	-	2,110,110	2,088,877	43,200
Disabled Adults Care	694	13,583	-	-	-	13,583
Family Violence	695	(5,446)	-	156,328	117,266	33,616
Community Mental Health	697	301,062	-	870,719	870,719	301,062
Suicide Prevention Strategy	698	49,496	-	86,000	84,918	50,578
AHTF Adaptation Plan - Clinical Projects	802	14,164	-	(13,857)	-	307
AHTF Integration Plan - Mental Health	806	83,725	-	-	-	83,725
Other funds						
Best Practices for Elders' Residences	812	4,220	-	-	-	4,220
Liaison Agent Training Program	813	52,263	-	-	-	52,263
Ulluriaq Adolescent Centre	817	-	(137,946)	3,648,316	3,648,288	(137,918)
Suicide Prevention	963	30,951	-	-	-	30,951
Youth Protection Reorganization	9007	(19,375)	-	19,375	-	-
National Training Program	9076	57,995	-	-	34,301	23,694
		3,264,434	(139,780)	8,096,294	8,321,190	2,899,758
		5,668,040	(266,323)	51,198,574	51,104,025	5,496,266

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
NOTES TO SUMMARY FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2012

1. REPORTING ENTITY

Nunavik Regional Board of Health and Social Services is an organization created in pursuance of the James Bay Agreement. As of May 1st, 1995, the rights and obligations of the Kativik CRSSS has become the rights and obligations of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services.

2. ACCOUNTS RECEIVABLE

	2012 $	2011 $
a) Operating Fund		
Health and Social Services	**117,350**	1,507,245
Health and Social Services - Payroll Banks (note 11)	**513,973**	513,973
Employee Advances	**3,689**	6,957
GST/QST Rebates	**983,084**	517,889
Inuulitsivik Health Centre	**236,328**	302,253
Tulattavik Health Centre	**183,495**	312,095
Other	**435,040**	239,582
	2,472,959	3,399,994
Provision for Bad Debts	**(85,960)**	(113,127)
	2,386,999	3,286,867
b) Assigned Fund		
Indian and Northern Affairs Canada	**36,362**	143,522
Health Canada	**334,003**	749,305
Health and Social Services - INIHB (note 8)	**17,357,302**	54,651,981
Health and Social Services - Various	**255,000**	1,714,527
Other	**96,100**	154,225
	18,078,767	57,413,560
c) Long-Term Assets Fund		
Health and Social Services - Accounting Change April 1, 2008	**56,275,403**	61,043,284
Advance to Establishment	**5,161,118**	4,855,631
	61,436,521	65,898,915

3. CAPITAL ASSETS

The capital assets are composed of the following:

	Cost	Accumulated Amortization	2012 Net Book Value	2011 Net Book Value Restated (note 12)
	$	$	$	$
Buildings	16,488,410	4,198,686	**12,289,724**	10,015,112
Computers	2,752,434	2,722,059	**30,375**	130,545
Furniture and Equipment	332,770	321,077	**11,693**	17,636
Specialized Equipment	93,937	58,669	**35,268**	41,258
Vehicles	137,295	106,025	**31,270**	46,697
	19,804,846	7,406,516	**12,398,330**	10,251,248

4. DEFERRED REVENUE

The deferred revenue is composed of the following:

	2012	2011
	$	$
Health and Social Services - Health SRP	**250,000**	-
Health and Social Services - Action Plan	**200,000**	-
Quebec Workman Compensation Board - C.S.S.T.	**38,193**	-
	488,193	-

5. BANK LOANS - LONG-TERM ASSETS FUND

The bank loans are used to cover capital expenses, awaiting the reception of the funds from Financement-Québec. They are composed of ten (10) revolving authorized credit margins with the Canadian Imperial Bank of Commerce, bearing interest at prime rate and maturing at different dates.

6. PREVIOUS YEARS' ANALYSES

The MSSS final analyses of the 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010 and 2010-2011 financial reports were not available at the time of issuance of the present financial statements. Any adjustments resulting from these analyses will be reflected in the 2012-2013 financial statements.

7. INTERFUND ACCOUNTS

The Regional Board operates one bank account for the Operating Fund and the Assigned Fund; certain transactions can also include the Long-term Assets Fund. At year-end, interfunds transactions are accounted for and presented as "Due to" and "Due from" one fund to the other.

8. INSURED AND NON-INSURED HEALTH BENEFITS

The Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) signed a specific agreement with MSSS in relation to the Insured and Non-Insured Health Benefits (INIHB) on February 15, 2011.

Based on this agreement, the NRBHSS has the direct responsibility for the management of the INIHB and its related funds. For this purpose the NRBHSS was to elaborate, approve and implement specific policies and procedures for the administration of the program.

However, such policies and procedures did not exist during the 2009-2010 financial year. Only an update of the patients' transportation policy was approved during the 2005-2006 financial year. This policy does not cover all the specific criteria of the INIHB and it is followed and applied only in part. Furthermore, a portion of the funds received by the NRBHSS for the INIHB was reimbursed to the establishments upon presentation of invoices, without any conditions or guidelines.

Due to the absence of the policies and procedures, the specific audit mandate related to INIHB could not be conducted on the majority of the activities and funds related to INIHB.

Only the portion of the program related to eyeglasses, dental prosthesis as well as medications, medical supplies and equipment outside the region was subject to a special audit. This portion represents about 3% of the total cost of the INIHB. Following is the outcome of this audit:

- The related policies and procedures of Health Canada are followed and applied. A derived draft policy of the NRBHSS was available but no proof of its approval by the Board;

- All expenses could be traced to patients' names on the beneficiaries list;

- Since 2004-2005 is the first year of application of the INIHB, no historical data was available. It was however clear that eyeglasses and dental prosthesis were claimed only once by the same patient;

- The disbursements related to medications outside the region were not always in line with the list of approved medications of Health Canada. The list of medications of the RAMQ was also used at times;

- It was not evident that generic medications were favoured at all times.

8. INSURED AND NON-INSURED HEALTH BENEFITS (CONT'D)

In addition, as at the date of issuance of the present financial statements, the MSSS did not confirm the balance of the funds payable to the NRBHSS in relation to the INIHB. This balance is recorded as part of the accounts receivable as follows:

	$
2011-2012	17,357,302
	17,357,302

9. PURCHASING PROCEDURES

The Regional Board does not have approved purchasing policies and procedures and certain purchases were conducted without proper calls for tender.

10. NEW HOUSING UNITS

In 2008-2009, the Regional Board constructed fifty-four (54) new housing units. Six (6) of these units are for the Regional Board's staff members; twenty-five (25) are for the Tulattavik Health Centre; and twenty-three (23) are for the Inuulitsivik Health Centre.

Also in 2009-2010, the Regional Board contructed fifty (50) new staff housing units. Four (4) of these units are for the Board's staff members; twenty-three (23) are for the Tulattavik Health Centre; and twenty-three (23) units are for the Inuulitsivik Health Centre.

As at March 31, 2012, the total accumulated cost of construction amounted to $21,487,000 for the 2008-2009 units and $18,093,000 for the 2009-2010 units. These construction projects were managed and temporarily financed by Financement-Québec.

In the financial year 2012-2013, after closing the construction projects, the capital cost and the long-term debt related to the construction of the housing units will be recorded in the financial statements of the respective establishments.

11. RESTATEMENT - ACCRUED PAYROLL BANKS

In order to comply with the accounting rules enforced April 1, 2008, management recorded the provision related to the payroll banks and related amount receivable from M.S.S.S. as of March 31, 2008. This transaction has had the following effect:

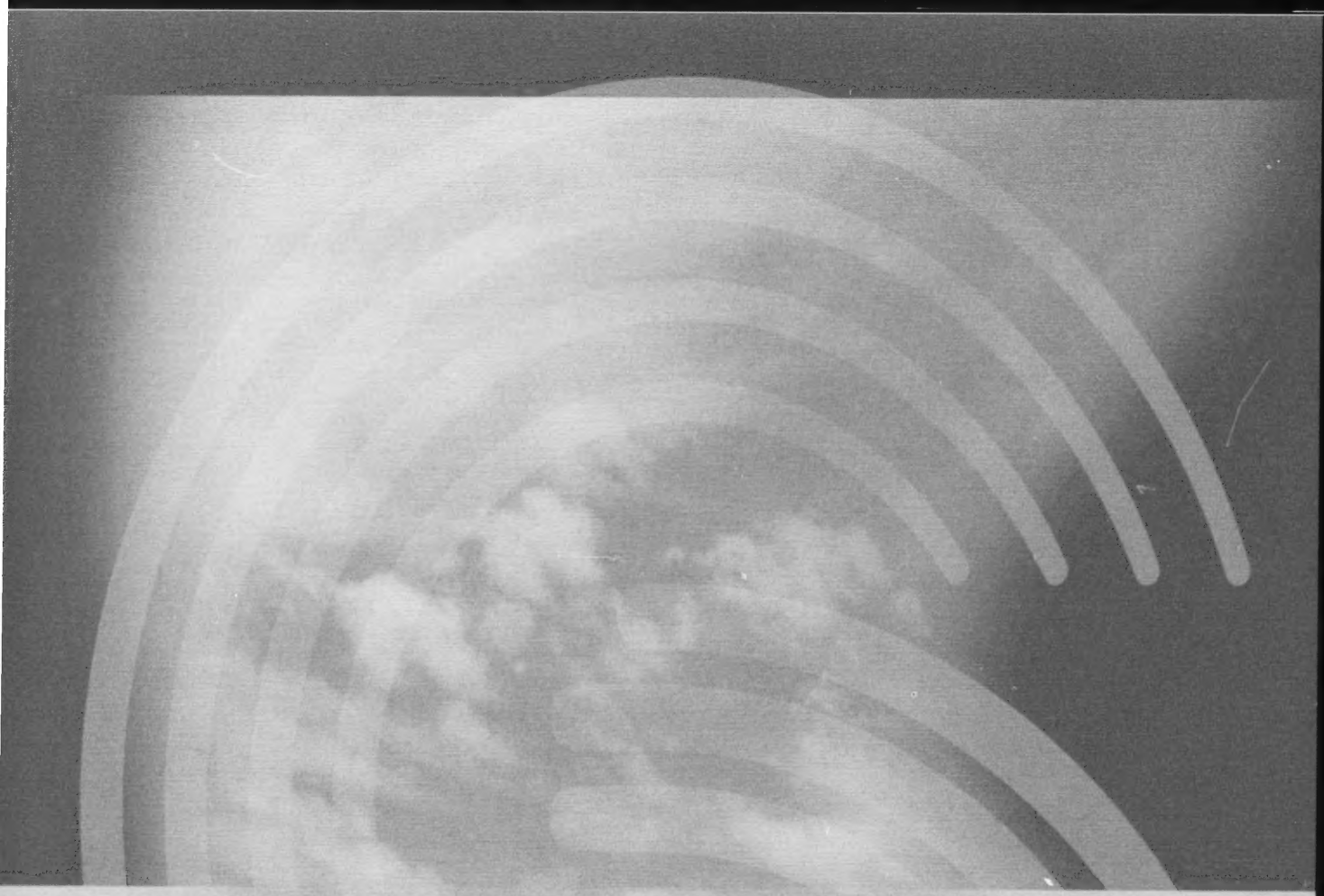
Variance in Net Financial Assets (Net Debt) - March 31, 2011	$
Operating Fund:	
Increase - Amount Receivable from M.S.S.S.	513,973
Increase - Provision Payable	(667,650)
	(153,677)
Assigned Fund: Increase - Provision Payable	(266,323)
	(420,000)

Variance in Fund Balance - March 31, 2011	$
Operating Fund:	(153,677)
Assigned Fund:	
Administration - Emergency Measures (#998)	(7,935)
Administration - Regional Administrative Services (#8891-92)	(99,516)
Out of Region Services - Insured/Non-Insured Health Benefits Management (#939)	(19,092)
Planning and Programming - Dependencies (#8020)	(1,834)
Planning and Programming - Ulluriaq Adolescent Centre (#817)	(137,946)
	(266,323)
	(420,000)

12. RESTATEMENT - ACCUMULATED AMORTIZATION OF CAPITAL ASSETS

In order to comply with the accounting rules enforced April 1, 2008, management recorded the depreciation related to the capital assets. As of March 31, 2011, this transaction has had the following effect:

	$
Capital Assets - April 1, 2010	(6,331,945)
Fund Balance - Long-Term Assests Fund - April 1, 2010	(6,331,945)
Amortization - Year Ended March 31, 2011	525,767



C.P. / P.O. BOX 900 KUUJJUAQ (QUÉBEC) J0M 1C0
ᐅᖅᑲᓗᐅᑎᖅᓴᒃ / Tel: 819 964-2222
)ᑲᖅᓂᑯᖅ / Fax: 819 964-2888
www.rrsss17.gouv.qc.ca

RAPPORT ANNUEL 2011 – 2012



ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐃᓚᓕᓴᕐᓂᖅ ᐱᔪᓐᓇᐅᑉᐳᖅ
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

ᐊᓐᓇᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐊᓐᓇᓴᐃᑎᒋᐊᓂᓄᑦ / **Dépôt légal / Legal deposit**
ᑯᐯᒪᒥ ᐊᑐᐊᒪᖏᓴᐃᐅᑦ / Bibliothèque nationale du Québec / National Library of Quebec – 2012
ᑲᓇᑕᒥ ᐊᑐᐊᒪᖏᓴᐃᐅᑦ / Bibliothèque nationale du Canada / National Library of Canada – 2012
ISBN 978-2-922764-39-0 (pdf)
ISSN 1920-0358 (pdf)

Rapport annuel
2011-2012

Du 1er avril 2011 au 31 mars 2012

Notre raison d'être :
Le bien-être de toute la population du Nunavik

Notre mission :
Planifier, organiser, appliquer et évaluer des programmes pour servir notre population

Notre objectif :
Améliorer l'état de santé de notre population

Nos valeurs :
Autonomie, respect, participation, valorisation de nos ressources humaines et collaboration avec nos partenaires

Table des matières

Nunavik : « un vaste territoire occupé » 5
La région et son peuple 5
Indicateurs de santé chez les Inuits 7
Le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik 8
La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik 8
Centres de santé 10
Mot du président et du directeur général par intérim 12
Conseils d'administration du réseau de la santé et des services sociaux au Nunavik 16
Conseil d'administration de la régie régionale 17
Composition du conseil d'administration au 31 mars 2012 18
Direction générale 20
Services préhospitaliers d'urgence et mesures d'urgence 20
Direction de la planification et de la programmation 23
Projet clinique 24
Enfance-jeunesse-famille : Première ligne 26
Programmes-services adultes et communautaires 29
AFF Personnes en perte d'autonomie, aînés et réadaptation 32
Organismes communautaires 34
Affaires médicales et santé physique 35
Direction de santé publique 40
Mot du directeur 40
Ressources humaines 41
Protection de la santé publique 41
Prévention et promotion de la santé 43
Approche École en santé 54
Connaissance – Surveillance – Information 64
Recherche et évaluation 66
Perspectives pour l'année 2012-2013 67
Direction des valeurs et pratiques inuites 69
Mot de la directrice 69
Sages-femmes 70
Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens 70
Adoption traditionnelle 70
Grandir ensemble 71
Comités de bien-être 73
Direction des services administratifs 75
Mot du directeur 75
Ressources financières 76
Budget de fonctionnement de la RRSSSN 76
Immobilisations et équipements 78

Ressources humaines 79
Systèmes d'information 82
Direction régionale du développement des ressources humaines 84
Mot du directeur 84
Formation 85
Recrutement et orientation 85
Conditions de travail 86
Autres activités 87
Direction des services hors région 88
Message du directeur 88
Services de santé assurés non assurés (SANA) 89
Activités de la direction 89
Objectifs pour 2012-2013 90

Nunavik : « un vaste territoire occupé »

La région et son peuple



Nunavik, la région inuite du Québec, est un vaste territoire qui couvre plus de 500 000 kilomètres carrés. Ses zones géographiques comprennent la taïga et la toundra, et ses paysages varient entre montagnes, forêt boréale, innombrables lacs et rivières et haute mer.

Il existe différentes interprétations du mot *Nunavik*. Pour certains, Nunavik signifie « la place où nous avons atterri ». Dans son dictionnaire d'inuktitut, Tamusi Qumak indique que Nunavik signifie « une vaste terre occupée par des animaux ».

Aujourd'hui, le Nunavik compte environ 12 000 habitants, dont 90 % Inuits, vivant dans 14 communautés réparties sur les côtes et le long des rivières : Kuujjuaraapik, Umiujaq, Inukjuak, Puvirnituq, Akulivik, Ivujivik, Salluit, Kangiqsujuaq, Quaqtaq, Kangirsuk, Aupaluk, Tasiujaq, Kuujjuaq et Kangiqsualujjuaq.

Chaque communauté dispose d'infrastructures municipales ainsi que des services essentiels modernes et adaptés au Nord. Par exemple, les logements et autres bâtiments ont l'eau courante ; l'eau provenant de réservoirs locaux est livrée quotidiennement par camion-citerne.

Aucune route ne mène au Nunavik ; le transport de passagers et de cargo se fait par avion et par navire.

À l'exception de Kuujjuaq, ces petites communautés sont dispersées le long des 2 500 kilomètres de côtes qui bordent le Nunavik, certaines sur la côte est de la baie d'Hudson, d'autres sur les côtes du détroit d'Hudson et de la baie d'Ungava. Kuujjuaq se situe un peu plus loin à l'intérieur des terres, en amont de la rivière Koksoak, directement sur la ligne des arbres, à cheval entre la taïga et la toundra. Avec sa population de 2 000 habitants, c'est la plus grande communauté du Nunavik, ce qui en fait aussi le centre administratif de la région.

Malgré la distance qui les sépare, les Inuit, qui sont chaleureux et qui vivaient jadis la vie de nomade, apprécient le contact social. Toutefois, les communautés du Nunavik n'étant pas reliées par des routes, les habitants doivent voyager par avion, par bateau ou en motoneige, selon les

saisons, pour se visiter entre eux. Peu importe le temps froid, ces visites font des rencontres chaleureuses.

Comme la population du Nunavik est majoritairement inuite, l'inuktitut est la langue la plus parlée sur le territoire. Par contre, dû à la prépondérance du fédéral dans l'ancienne administration de la région, l'anglais est aussi utilisé couramment, surtout au travail, plus que le français, bien que celui-ci fasse des progrès considérables.

Pour savoir plus sur la région, visiter le site www.nunavik.ca.

Indicateurs de santé chez les Inuits



Les indicateurs de santé chez les Inuits du Nunavik sont peu encourageants comparés à ceux pour le reste du Québec : l'espérance de vie y est inférieure à 16 ans, les taux de mortalité infantile et d'hospitalisation sont quatre fois plus élevés et le taux de maladies infectieuses est très haut. Parmi les causes du taux de mortalité élevé sont les tumeurs malignes, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les complications reliées au tabagisme et les accidents reliés à la consommation d'alcool. De plus, le taux du suicide au Nunavik est plus que sept fois plus élevé que celui pour le reste de la province : le taux chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans est 46 fois plus élevé, et celui chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans est 23 fois plus élevé.

Le coût de la vie étant beaucoup plus élevé au Nunavik dû aux coûts reliés au transport, il est évalué que 43 % des ménages du Nunavik vivent en dessous du seuil de pauvreté, comparativement à 17 % pour le Québec.

Le Nunavik souffre aussi d'un manque de logement, plus de 500 familles ou individus étant sur une liste d'attente. Bien que la moyenne de personnes par habitation soit de 4,72, il n'est pas rare de voir de 10 à 12 personnes habiter un même logis. Par ailleurs, bien que certains logements comportent cinq ou six pièces, un grand nombre d'entre eux sont plus petits, ce qui contribue à un nombre de personnes par pièce plus élevé pour le Nunavik (0,93) que pour la grandeur du Québec (0,5).

Le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik

Le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik comprend la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, le Centre de santé Inuulitsivik (côte d'Hudson) et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (côte d'Ungava). La *Convention de la Baie James et du Nord québécois* (*CBJNQ*) et conventions complémentaires ont établi les balises pour le développement des services de santé et des services sociaux sur le territoire du Nunavik. L'organisation des soins de santé et des services sociaux relève du système provincial, mais elle est adaptée aux réalités de la région.

Avec la taille de sa population et ses caractéristiques socioculturelles, le Nunavik est un lieu privilégié où se mêlent curatif et préventif, un endroit où les activités de promotion, de prévention et de protection peuvent s'exercer de la façon la plus harmonieuse et la plus naturelle, tant au niveau de la santé qu'au niveau des services sociaux.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik



Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le Nunavik correspond à la région sociosanitaire 17. La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) gère un budget de près de 157 millions de dollars, destiné aux services de santé et services sociaux pour la population des 14 communautés.

La RRSSSN emploie environ 65 personnes inuites et non inuites et comprend une direction générale, une direction de la santé publique, une direction de la planification et de la programmation, une direction des services administratifs, une direction des valeurs et pratiques inuites et, plus récemment, une direction des services hors-région et une direction régionale du développement des ressources humaines.

Un conseil d'administration composé de 20 membres chapeaute la RRSSSN :

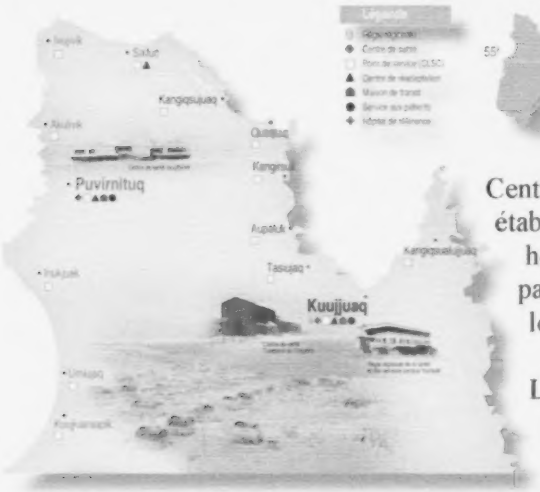
- 14 personnes représentant respectivement chaque village du Nunavik ;
- le directeur général de chacun des centres de santé (Tulattavik et Inuulitsivik) (deux membres) ;
- un membre nommé par le conseil d'administration de chaque centre de santé à même les représentants élus par les villages (deux membres) ;

- un membre nommé par le conseil d'administration de l'Administration régionale Kativik (ARK) ;
- la directrice générale de la RRSSSN.

Outre les fonctions directement reliées à l'administration, le conseil est responsable d'identifier les priorités relativement aux besoins de la population en matière de services de santé et de services sociaux, priorités qui sont soumises à la séance publique d'information que la régie tient annuellement.

La loi prévoit une représentation majoritaire des Inuits sur les conseils d'administration de la régie régionale et des établissements.

Centres de santé



La prestation des services est organisée localement et selon les sous-régions—Hudson et Ungava—et est centrée à deux établissements à vocations multiples, le Centre de santé Inuulitsivik à Puvirnituq et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava à Kuujjuaq. Ces établissements poursuivent les missions de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (15 lits par centre) ainsi que de centre hospitalier de soins de longue durée.

Le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, en partenariat avec la municipalité de Kuujjuaq et l'Office municipal d'habitation Kativik, maintient un foyer de soins infirmiers de 10 places. Un centre de jour pour les personnes âgées existe aussi à Kuujjuaq.

D'autres services comprennent la protection de l'enfance et de la jeunesse, avec deux directions de la protection de la jeunesse, une dans chaque sous-région. Les installations comprennent un centre de réadaptation régional de 14 places à Salluit, deux foyers de groupe sous-régionaux de 8 places chacun à Puvirnituq et Kuujjuaq et un point de service de CLSC dans chacune des 14 communautés.

Le point de service de CLSC de chaque communauté compte une équipe composée de professionnels provenant de différents domaines et disciplines ; ces équipes offrent une gamme de services de santé et de services sociaux à la population. La composition de l'équipe varie d'une communauté à l'autre, selon la taille de la population et les fonctions de l'équipe.



Les services de santé de deuxième ligne sont limités au Nunavik. Le recours à des ressources à l'extérieur de la région est la norme pour pratiquement tout examen et tout traitement spécialisés. Certains services sont offerts par les deux centres de santé, notamment par des spécialistes itinérants tels les gynécologues, psychiatres, orthopédistes, etc. Si les services spécialisés ou ultraspécialisés ne peuvent être rendus au Nord, le client est orienté aux ressources situées au Sud, selon l'entente avec le RUIS McGill ou autre entente.

Le Service aux patients à Montréal sert de liaison et de soutien dans ces cas de transfert ; il assure la réception, le transport, le logement et les services d'interprétariat ainsi que la liaison avec les établissements au Nord.

Un centre de crise de cinq places à vocation régionale, situé à Puvirnituq, offre des services de deuxième ligne en santé mentale.

Mot du président et du directeur général par intérim

Avant de commencer, nous présentons notre raison d'être, notre mission, nos objectifs et nos valeurs :

Notre raison d'être :

Le bien-être de toute la population du Nunavik

Notre mission :

Planifier, organiser, appliquer et évaluer des programmes pour servir notre population

Notre objectif :

Améliorer l'état de santé de notre population

Nos valeurs :

Autonomie, respect, participation, valorisation de nos ressources humaines et collaboration avec nos partenaires

Ce sont les éléments qui balisent nos actions au quotidien et qui se concrétisent par les priorités suivantes, établies lors de notre dernière assemblée générale annuelle, tenue en octobre 2011 et couvrant la période du 1er avril 2011 au 31 mars 2012 :

1. Sensibiliser la population aux problèmes de l'alcoolisme et de la toxicomanie ;

2. Obtenir les ressources financières nécessaires afin d'assurer l'accès pour notre population aux activités de guérison pour régler les répercussions des traumatismes historiques.

De plus, le respect des valeurs et des pratiques inuites est un élément clef dans le développement et la prestation de services de santé et de services sociaux au Nunavik.

Nous sommes satisfaits des nouvelles installations à l'aéroport de Puvirnituq. Chaque jour, plusieurs patients du Centre de santé Inuulitsivik arrivent à l'aéroport de provenance des autres villages de cette côte afin de recevoir des soins au centre de santé. D'autres arrivent à l'aéroport afin de prendre un avion vers Montréal pour des soins spécialisés et surspécialisés non disponibles à Inuulitsivik.

Dans ce sens, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik appuie le Centre de santé Inuulitsivik dans sa demande auprès de l'Administration canadienne de la sûreté du transport aérien, du ministère des Transports et de d'autres instances connexes de doter l'aéroport de Puvirnituq d'un poste de sécurité et d'une aire sécuritaire. De telles installations seront d'une grande aide aux patients à mobilité réduite, car ils ne seront pas obligés de descendre de l'avion à l'aéroport de Kuujjuaraapik ou à La Grande pour le contrôle de sécurité. Ainsi, les patients vivant une situation critique auront à se déplacer moins, et le temps d'attente dans ces aéroports sera par le même coup réduit.

La piste d'atterrissage à Umiujaq constitue une autre de nos préoccupations. Nous avons demandé l'appui de Makivik afin d'étudier la faisabilité de construire une nouvelle piste d'atterrissage dans cette communauté, une piste mieux orientée relativement aux vents dominants. Un tel projet réduira le taux d'annulation de vols pour évacuation médicale vers Umiujaq causée par des conditions de vent contraires lors de l'atterrissage. Une piste orientée différemment réglerait le problème.

Depuis plusieurs mois, la RRSSSN travaille avec diligence sur le projet de relocalisation du Module du Nord québécois (MNQ). Le 16 février 2012, la RRSSSN a reçu une lettre d'autorisation du MSSS concernant les points suivants :

- il y aura un total de 143 lits disponibles dans la ressource ;
- des espaces de bureau et d'autres installations seront inclus ;
- le projet sera pour un bail à long terme ;
- toutes les installations du MNQ se trouveront sous le même toit à Montréal (Ouest de l'île) ;
- nous pouvons procéder à l'engagement de professionnels (société d'architectes et firme d'ingénierie) afin d'achever le cahier des charges pour calculer la surface totale requise ;
- nous collaborerons avec la Direction de l'expertise et de la normalisation du MSSS ;
- le 5 avril est la date prévue pour la présentation du cahier des charges et du plan fonctionnel et technique au MSSS.

Une fois la surface totale requise approuvée par toutes les parties, le MSSS autorisera la RRSSSN à procéder à un appel d'offres public pour un bâtiment existant ou pour une nouvelle construction.

Offrir de la formation à notre personnel inuit du réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik est une de nos priorités. Grâce à une initiative de la RRSSSN et au soutien financier du

MSSS, les cadres inuits du réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik ont la possibilité d'obtenir un diplôme en gestion de l'Université McGill.

Le programme de formation se poursuit et a vu des succès. En ce moment, les participants travaillent toujours afin d'obtenir leur diplôme et espèrent terminer le programme dans un avenir rapproché. Destiné aux cadres inuits, ce programme leur permet de poursuivre leur formation et leur assure une reconnaissance au sein du réseau sociosanitaire. Ainsi, ces cadres vont acquérir les compétences et les connaissances qui les rendront plus efficaces dans leur domaine respectif. De plus, leur participation assure un nombre croissant de candidats inuits qui pourront prendre la relève au niveau de l'administration des services de santé au Nunavik.

Dans le but de soutenir le personnel inuit des services de protection de la jeunesse, la RRSSSN et le Collège Marie-Victorin ont conçu un programme de formation en intervention psychosociale. Accréditée par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, la formation est offerte dans les communautés du Nunavik. Les membres du personnel ont été consultés afin d'identifier leurs besoins en formation. Le contenu du programme contribue à l'amélioration de leur travail et les aide à mieux comprendre la réalité et la dynamique des familles parmi lesquelles ils interviennent. La formation leur fournit un forum pour partager et discuter de leurs connaissances et les aide à gérer le stress.

Au courant du dernier exercice, 25 participants inuits provenant des 14 communautés ont assisté à plus de 15 séances de formation organisées sur le territoire.

Le même programme de formation est offert aux intervenants en réadaptation et sera ultérieurement offert aux intervenants de CLSC.

Cette année, la RRSSSN a poursuivi ses efforts afin de soutenir et superviser les activités reliées au dossier des pensionnats. Ce sujet revêt une importance particulière pour nous. Nous aimerions souligner notre soutien pour les personnes ayant vécu dans ces institutions ainsi que pour leur famille et leur communauté. Le processus de guérison se poursuit. Pour notre part, nous continuons à offrir un soutien par le biais de la Direction des valeurs et pratiques inuites.

La protection de la jeunesse, les services hors région et plusieurs autres enjeux demeurent au cœur de nos préoccupations.

Lors de la séance du conseil d'administration tenue en décembre 2011, la RRSSSN a adopté une résolution concernant la création et l'implémentation d'un centre régional de la famille et de la jeunesse au Nunavik. Il y a de plus en plus de cas en protection de la jeunesse et de délinquance parmi les jeunes âgés de 12 à 18 ans, ainsi qu'un besoin de ressources d'hébergement, de familles d'accueil, de foyers de groupe et de centres de réadaptation. Notre plan régional stratégique 2009-2010 au 2015-2016 comprend une série de mesures appuyant les directions de

la protection de la jeunesse et de réadaptation. Il y a aussi une certaine pression découlant de la révision de la *Loi sur la protection de la jeunesse* et de l'obligation d'adapter nos pratiques cliniques et notre façon d'organiser les services à la clientèle afin de respecter la législation. La meilleure solution serait une gestion intégrée, chapeautée par un seul conseil d'administration, de tous les services à la jeunesse, et ce, sur une base régionale. Ceci favorisera les pratiques harmonieuses et le développement de ressources destinées aux jeunes aux prises avec des problèmes de toxicomanie, des déficiences intellectuelles et d'autres problèmes qui nuisent à leur intégration sociale. Notre personnel travaille sans cesse vers ce but.

En terminant, j'aimerais reconnaître l'excellent travail réalisé par nos ressources humaines des services de santé et des services sociaux. Chacun de leurs gestes est une contribution majeure vers l'amélioration de notre état de santé. Il importe de valoriser leurs efforts, souvent réalisés dans des circonstances difficiles. Voilà pourquoi il faut leur offrir des incitatifs à demeurer dans la région, si nous voulons continuer à offrir des services de santé et des services sociaux de mieux en mieux adaptés et de meilleure qualité. Abandonner les efforts n'est pas une option ; nous devons travailler ensemble afin d'atteindre nos objectifs. Dans ce sens, je voudrais également remercier nos partenaires et les acteurs du réseau sociosanitaire de leur collaboration exceptionnelle.

Josepi Padlayat
Président

Gilles Boulet
Directeur général par intérim

Conseils d'administration du réseau de la santé et des services sociaux au Nunavik

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant d'autres dispositions législatives* (L.R.Q., 1991, ch. S-4.2) établit clairement les responsabilités, les droits et les pouvoirs des membres des conseils d'administration. La loi prévoit aussi des mécanismes plus précis afin d'assurer l'imputabilité desdits membres ainsi que la transparence de leurs décisions.

Les responsabilités des membres des conseils d'administration se distinguent de celles des cadres. Entre autres, les premiers ont à :

- établir les priorités et les orientations de l'organisme ;
- assurer :
    - que les services offerts sont pertinents, de bonne qualité et efficaces ;
    - que les droits des usagers sont respectés et que leurs plaintes sont traitées dans un délai raisonnable ;
    - que les ressources humaines, matérielles et financières sont utilisées de façon économique et efficace ;
    - que les intervenants des établissements sont pleinement engagés et motivés et ont les possibilités de perfectionnement.

Conseil d'administration de la régie régionale

Le conseil d'administration de la régie est composé des personnes suivantes :



- un(e) représentant(e) nommé(e) par chacun des villages nordiques du territoire défini selon l'article 530.1 (14 membres) ;
- le(a) directeur(trice) général(e) de chaque établissement ainsi qu'une autre personne nommée par les membres du conseil d'administration de chaque établissement et choisie parmi les personnes mentionnées dans paragraphe 1 de l'article 530.13 (quatre membres) ;
- un(e) conseiller(ère) régional(e) nommé(e) par le conseil d'administration de l'ARK (un membre) ;
- le(a) directeur(trice) général(e) de la régie (un membre).

Lors de la séance du 17 février 2012, un nouveau comité d'administration a été nommé par les membres :

Josepi Padlayat	Président, représentant du Centre de santé Inuulitsivik ;
Weetaluktuk, Eva	Vice-présidente, représentante d'Inukjuak ;
Watt, Larry	Secrétaire, directeur général intérimaire de la RRSSSN ;
Pomerleau, Madge	Membre du comité exécutif, directrice générale du Centre de santé Tulattavik de l'Ungava ;
Uitangak, Elisapi	Membre du comité exécutif, représentante de Puvirnituq.

Composition du conseil d'administration au 31 mars 2012

Comité d'administration

Padlayat, Josepi	Président, représentant du Centre de santé Inuulitsivik
Pomerleau, Madge	Membre du comité exécutif, directrice générale du CSTU
Uitangak, Elisapi	Membre du comité exécutif, représentante de Puvirnituq
Weetaluktuk, Eva	Vice-présidente, représentante d'Inukjuak
Poste vacant	Secrétaire, directeur général intérimaire / directrice générale intérimaire

Directeurs

• Angutinguak, Daisy	Représentante d'Aupaluk
• Annanack, Kitty	Représentante de l'ARK
• Arngak, Alasie	Représentante de Kangiqsujuaq
• Baron, Christina	Représentante de Kangiqsualujjuaq
• Beaudoin, Jane	Directrice générale d'Inuulitsivik
• Kulula, Louisa	Représentante de Quaqtaq
• Kumarluk, Willie	Représentant d'Umiujaq
• Mangiuk, Qumaq L.	Représentant d'Ivujivik
• Munick Kauki, Annie	Représentante de Tasiujaq
• Niviaxie, Lizzie	Représentante de Kuujjuaraapik
• Pauyungie, Illashuk	Représentant de Salluit
• Qaqutuk, Johnny	Représentant d'Akulivik
• Snowball, Bobby Sr.	Représentant de Kuujjuaq
• Tukkiapik Carrier, Lucy	Représentante de Kangirsuk
• Uitangak, Elisapee	Représentante de Puvirnituq

Aucune politique n'a été adoptée ni modifiée durant l'année financière.

Direction générale

Services préhospitaliers d'urgence et mesures d'urgence

Services préhospitaliers d'urgence

Interventions



Les premiers répondants du Nunavik sont intervenus plus de 1 260 fois pendant cette année financière. Répartis sur une année complète, cela représente en moyenne plus de trois interventions par jour au Nunavik. Dans le but d'assurer le suivi des compétences des premiers répondants, nous avons défini comme objectif que dès janvier 2012, toute personne agissant à titre de premier répondant dans les municipalités du Nunavik se doit de posséder une carte délivrée par la RRSSSN qui reconnaît leurs aptitudes à intervenir. Les cartes de compétences sont remises ou renouvelées suite aux différentes formations offertes aux premiers répondants après qu'ils se soient soumis à un examen qui valide leurs aptitudes à intervenir adéquatement, dans l'intérêt des patients.

Défibrillateurs, EpiPens® et Directeur régional des services préhospitaliers d'urgence

Cette année, la RRSSSN a retenu les services d'un médecin conseil œuvrant déjà dans la région de l'Estrie pour soutenir le réseau préhospitalier du Nunavik. Le soutien du Dr Pierre Guérette a notamment permis de réaliser un projet d'implantation de défibrillateurs et d'EpiPens® dans quatre communautés de notre région. Les défibrillateurs et les EpiPens® installés dans les véhicules de premiers répondants permettront d'intervenir beaucoup plus rapidement en cas d'arrêt cardiaque ou de réaction allergique sévère. Une intervention rapide est significative pour la survie des personnes qui se retrouvent dans ces situations jugées critiques.



Pour le moment, ces équipements sont déployés dans les communautés de Kuujjuaraapik, Inukjuak, Salluit et Kangiqsualujjuaq. D'autres communautés pourraient voir ces équipements déployés dans un avenir très rapproché. Toutefois, cela nécessite une formation particulière pour les utilisateurs de ces équipements. De la formation complémentaire de maintien des compétences est aussi nécessaire pour que les intervenants utilisant ces équipements

gardent leur habilité à intervenir considérant le nombre relativement peu élevé de situations où ces équipements sont utilisés. À chacune des utilisations de ces équipements, une révision de cas doit être faite par le Dr Guérette dans le but d'assurer la qualité des interventions des premiers répondants.

Formation

Selon le programme de formation élaboré pour les premiers répondants du Nunavik, trois différentes formations sont offertes à ces intervenants :

1. Formation complète pour les nouveaux premiers répondants ou pour les premiers répondants n'ayant pas suivi de formation de maintien de compétences depuis deux ans (cinq jours complets de formation) ;
2. Formation de maintien de compétence (12 heures de formation) ;
3. Formation spécifique pour l'utilisation des défibrillateurs et des EpiPens® (12 heures de formation).

Cette année, 10 semaines de formation ont été offertes dans les villages de la région selon les besoins les plus urgents :

	Formation complète	Formation de maintien de compétence	Formation spécifique
Toute la côte d'Hudson	Avril		
Salluit		Mai	Octobre
Kangiqsujuaq		Mai	Octobre et mars
Quaqtaq		Mai et octobre	
Akulivik	Juin		
Tasiujaq	Septembre		
Puvirnituq	Novembre et février		
Inukjuak			Décembre
Kuujjuaraapik			Décembre
Umiujaq	Janvier	Décembre	
Kangiqsualujjuaq		Mars	

Nouveaux développements

Cette année nous avons intensifié nos efforts afin de procéder à l'implantation d'un service de premiers répondants à Puvirnituq. Des travaux ont été faits en collaboration avec le Centre de santé Inuulitsivik pour favoriser l'arrimage de ce nouveau service. L'effort de concertation

nécessaire à l'implantation a demandé jusqu'à maintenant la collaboration de beaucoup de personnes tant au niveau de la RRSSSN et du centre de santé que de la municipalité de Puvirnituq.

Des fonds ont été aussi réservés par la RRSSSN pour mener à bien l'achat d'équipements nécessaires à ce nouveau service, notamment pour l'acquisition d'un camion-ambulance prévue à l'été 2012. Selon une entente conclue entre la RRSSSN et la municipalité de Puvirnituq, une enveloppe budgétaire a aussi été prévue pour couvrir les dépenses de la municipalité au niveau du véhicule d'urgence et du salaire des premiers répondants pour la garde 24/7 et leurs interventions.

Des fonds ont été aussi prévus par la RRSSSN pour le remplacement de certains équipements et véhicules qui seraient devenus désuets dans différents villages du Nunavik.

Sécurité civile

Cette année, l'événement le plus marquant en sécurité civile a été le dossier du Challenger. Suite à un problème d'ouverture du train d'atterrissage de l'avion gouvernemental le 8 avril 2011, la desserte du service de cet appareil d'évacuation d'urgence médical a dû être interrompue à Puvirnituq et à Kuujjuaraapik.

Le nécessaire pour piste en gravier installé sur l'appareil lui permettant d'atterrir sur une piste en gravier aurait causé le problème au niveau du train d'atterrissage et a dû être retiré. Kuujjuaq étant devenue la seule communauté du Nunavik capable d'accueillir le Challenger gouvernemental, l'organisation du service d'évacuation a dû être modifiée en redirigeant les patients de Puvirnituq vers Kuujjuaq et en redirigeant les patients de Kuujjuaraapik vers LG-2. Heureusement, suite à une demande d'étude de génie aéronautique, un nouvel équipement pour piste en gravier a été conçu et installé. Le service a repris ses fonctions dans ces villages au mois de juillet 2011, soit environ trois mois plus tard.

Direction de la planification et de la programmation

Mot du directeur par intérim

Le directeur de la planification et de la programmation a commencé ses activités en mai 2011 et ce pour toute l'année 2011-2012. Les actions principales étaient orientées vers les dossiers priorisés tels la jeunesse, les dépendances et la santé mentale.

Les comités de travail et les comités consultatifs des projets cliniques, gérés par des Inuits, sont toujours actifs et leurs recommandations seront très bientôt présentées aux comités exécutifs de la régie régionale de la santé et des services sociaux, aux centres de santé et aux partenaires qui y prennent part pour adoption et améliorations.

« Le projet clinique offre aux Inuits l'occasion d'assumer l'autorité sur les orientations dans le secteur de la santé et d'assurer que les services reflètent leurs valeurs, désirs, besoins et culture tout en respectant le cadre législatif » (Rapport annuel 2010-2011, p. 26).

Nous tenons à remercier tous les participants à ces comités qui nécessitent présences, appui et financement de tous les partenaires pour la cause des enfants, des adultes et des personnes âgées selon les problématiques priorisées.

L'équipe de travail à la régie régionale est incomplète pour le moment. Des agents, des conseillers et un nouveau directeur seront recherchés pour les dossiers actuels et futurs. Nous espérons que les postes seront comblés le plus rapidement possible et que leur intégration sera teintée des valeurs et de la culture inuites pour des résultats à la hauteur des attentes.

Gilles Boulet

Projet clinique

Le projet clinique est une révision des services de santé et des services sociaux exigée par le gouvernement du Québec. Au Nunavik, cet exercice fut lancé à l'automne 2009 par les deux centres de santé de la région et par la RRSSSN. Premièrement, les deux centres de santé ont décidé de réviser les services offerts dans le cadre des programmes pour les jeunes en difficulté, la santé mentale et les dépendances.

Priorités dans les services à améliorer ou à développer

Au sein des trois programmes-services identifiés comme priorités, plusieurs services sont considérés comme ayant besoin d'améliorations ou comme non existants dans la région. Dans le but d'identifier quels services devraient être améliorés ou développés prioritairement sur le territoire, un comité de pilotage pour les partenaires dans le secteur de la santé et du bien-être au Nunavik fut mis sur pied. Ce comité a regroupé plus de 30 organismes des secteurs communautaire et institutionnel en juin 2010 à Kuujjuaq.

Le comité de pilotage a permis de recentrer le projet clinique selon une demande importante des représentants inuits. Les partenaires ont demandé une plus grande contribution des Inuits à chaque étape de la formulation de recommandations relativement aux services. La création des comités de travail et consultatifs a commencé à l'automne 2011.

Avancement des travaux des comités du projet clinique

Formation en dépendances

En décembre 2011, le sous-comité sur les dépendances fut mis sur pied afin de travailler avec le Centre Dollard-Cormier sur une formation en dépendances destinée aux intervenants de première ligne des CLSC au Nunavik ainsi que de rendre compte régulièrement au comité de formation en dépendances pour des recommandations et des conseils.

Les prochaines étapes sont les suivantes :

- pour les formateurs, élaborer les principes directeurs pour la formation en dépendances, et ce en anglais et en inuktitut ;
- planifier et implanter la formation du Centre Dollard-Cormier destinée aux intervenants de première ligne des CLSC au Nunavik ;
- rencontrer le comité consultatif sur les dépendances pour des recommandations et de la rétroaction relativement aux travaux réalisés au courant des six derniers mois ;
- discuter des services requis au Nunavik concernant les dépendances.

Nuisuurq (ETCAF)

La Commission scolaire Kativik a identifié 400 élèves ayant besoin de façon urgente d'une évaluation relativement aux difficultés d'apprentissage et aux troubles du comportement possiblement reliés à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). Les communautés de Kangiqsualujjuaq et de Kuujjuaraapik ont réalisé une étude sur les élèves en 2011 et ont trouvé que 68 % et 81 % de leurs élèves, respectivement, ont des difficultés d'apprentissage ou des troubles du comportement.

Le comité de travail Nuisuurq a mené une entrevue avec des intervenants de première ligne (enseignants, intervenants en protection de la jeunesse, travailleurs sociaux, sages-femmes, médecins, employés des garderies et politiciens) et des mères. Les résultats sont toujours en attente d'analyse.

Le comité Nuisuurq a invité le Dr. Kent Saylor, spécialiste en ETCAF du Programme du Nord de McGill, à présenter un survol de l'ETCAF et des procédés de diagnostic et de dépistage pour les enfants possiblement exposés à l'alcool durant la grossesse.

La prochaine étape pour le comité sera une rencontre avec le comité consultatif pour un état de situation et pour demander davantage de conseils sur les interventions reliées à l'ETCAF au Nunavik.

Jeunesse : négligence et soutien parental

Des progrès significatifs dans l'établissement de programmes de soutien parental au Nunavik afin de contrer la négligence ont été marqués, suivant les recommandations du comité Qiturngavut, dont les membres ont rédigé le rapport de recommandations finales en janvier 2012.

Les membres du comité sont d'avis qu'afin de répondre aux problèmes liés à la négligence envers les enfants au Nunavik de façon durable et efficace, il est nécessaire que les établissements et les organisations travaillent conjointement sur cinq niveaux principaux :

- soutenir les relations de travail et le partage des ressources entre les organisations régionales ;
- développer et maintenir (de façon durable) des ressources humaines inuites adéquates ;
- adopter, renforcer et soutenir un programme régional de compétences parentales ;
- créer un réseau communautaire de services de soutien parental de façon collaborative et multisectorielle pour les familles ayant des besoins spécifiques ;
- assurer la disponibilité d'un soutien aux parents, continu et accessible, et ce dans chaque communauté du Nunavik.

Le rapport est toujours en attente de présentation au comité consultatif sur la jeunesse (mai 2012).

Santé mentale, prévention du suicide

- Poursuite des travaux au sein du comité consultatif en santé mentale :
  - Le comité consultatif s'est rencontré trois fois au cours de l'année et a permis de lancer le comité de travail en prévention du suicide et de suivre l'évolution des travaux des comités. Le comité a décidé d'adopter les principes issus du plan Alianait, développé par ITK. Le comité a également participé à une réunion conjointe avec le comité consultatif en dépendances, dans le but d'échanger sur les préoccupations communes.

- Poursuite des travaux au sein du comité de travail pour l'amélioration des ressources résidentielles en santé mentale :
  - Le comité de travail s'est rencontré à cinq reprises au cours de l'année ; les membres ont questionné différents travailleurs œuvrant en santé mentale de même que des résidents des ressources ainsi que leurs familles dans le but de connaître davantage les besoins et pistes d'amélioration souhaités. Le comité est en train de rédiger le rapport de recommandations à soumettre au comité consultatif en santé mentale.

- Création d'un comité de travail en prévention du suicide :
  - Le comité de travail a pour but de proposer une stratégie régionale en prévention du suicide. Ce comité s'est rencontré à trois reprises au cours de l'année et poursuivra ses rencontres jusqu'à ce que son rapport de recommandations soit soumis au comité consultatif.

Enfance-jeunesse-famille : Première ligne

Projet en orthophonie

Afin de desservir la clientèle des 0 à 12 ans présentant des problèmes langagiers, la RRSSSN et la Commission scolaire Kativik se sont associées en 2009 pour une période de trois ans afin de développer une offre de service en orthophonie sur le territoire du Nunavik. À cette fin, un enseignant dans chacune des communautés est formé par l'Université McGill à l'intérieur de cinq sessions visant à favoriser :

- le dépistage en CPE des enfants ayant des troubles d'audition ou de langage émergents ;
- la sensibilisation des intervenants des CPE aux principaux symptômes manifestant des problèmes d'audition ou de langage ;

- l'intervention précoce et le traitement des difficultés d'audition ou de langage.

Les enseignants devraient commencer les services selon l'échéancier prévu.

Protection de la jeunesse

- La région est toujours confrontée à un problème important de roulement de personnel. Nous observons que la durée moyenne de séjour du personnel est de 18 mois malgré les mesures mises en place, telles la prime de rétention de 12 %, le programme de formation accompagné de mentorat, etc.

- Il y a de nombreuses difficultés dans le recrutement au Nord et au Sud, malgré la présence sur le terrain d'un professionnel au recrutement et à la formation et malgré une entente avec les centres jeunesse. Le Nunavik, étant en compétition avec les autres régions (pénurie de main d'œuvre), réussit difficilement à attirer des professionnels et encore moins des professionnels avec expérience.

- Les termes de référence ont été élaborés pour un projet de recherche sur la rétention des ressources humaines avec la Direction régionale des ressources humaines.

- L'entente de service avec le Collège Marie Victorin est reconduite. Elle comprend l'orientation des nouveaux employés ainsi que la formation et le mentorat auprès du personnel en protection de la jeunesse et en réadaptation. Dans la deuxième phase, nous prévoyons intégrer le personnel de la première ligne.

- Nous avons appuyé les travaux relatifs au déploiement du système Projet Intégration Jeunesse (PIJ) ; il sera opérationnel à la Direction de la protection de la jeunesse du CSTU à compter du 1er avril 2012. Le CSI est en phase d'implantation.

- Dans le cadre du *Projet de loi 21* qui prévoit réserver l'évaluation des bénéficiaires et la planification des interventions aux seuls membres d'ordres professionnels, c'est-à-dire à des diplômés universitaires soumis aux normes de déontologie et de qualité de l'ordre (psychologues, travailleurs sociaux, etc.) auquel ils appartiennent, des représentations afin de faire valoir le point de vue de la région ont été faites. L'application de cette loi au Nord exclurait d'emblée les Inuits et les agents de relations humaines, diplômés en science humaine et non membres d'un ordre professionnel, soit plus de la moitié du personnel en protection de la jeunesse.

- Le nombre de signalements augmente de plus ou moins 15 % annuellement.

- En collaboration avec la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse et du MSSS, nous avons finalisé l'entente pour la scolarisation en anglais des jeunes Inuits hébergés au Sud.

Réadaptation

- Le Comité régional en réadaptation, qui regroupe les directeurs généraux des centres de santé et de la régie régionale, fut mis sur pied. Le mandat du comité régional est de fournir des recommandations auprès des instances régionales concernant le développement et la gestion des services de réadaptation pour les jeunes de 6 à 18 ans.

- Un directeur régional en réadaptation fut engagé ; le poste était vacant depuis un an et demi.

- Les services de l'Accès au Nord ont été rapatriés.

- Le plan de transition pour la fermeture de l'unité des garçons du Projet Ulluriaq, Boscoville 2000, et pour leur transfert à Sapummivik a été implanté :

  - ✓ rencontre du personnel ;
  - ✓ évaluation des besoins en formations ;
  - ✓ ouverture de postes d'éducateurs ;
  - ✓ réorganisation des tâches du personnel d'encadrement ;
  - ✓ programme de formation et mesures d'accompagnement offerts par Boscoville 2000.

- Des familles d'accueil spécialisées pour les enfants âgés de 6 à 12 ans de Kuujjuaq et de Kuujjuaraapik ont ouvert leurs portes.

- Des travaux préparatoires à la construction du centre de réadaptation à Inukjuak ont été réalisés :

  - ✓ rencontre avec les élus municipaux d'Inukjuak ;
  - ✓ élaboration du document sur l'état des besoins afin d'obtenir l'autorisation du MSSS de procéder au PFT ;
  - ✓ consultation avec le chargé de projet et une équipe d'experts en réadaptation ;
  - ✓ développement du concept de places de détention provisoire dans la région.

Création du centre jeunesse et de la famille

- Le comité de pilotage pour le centre jeunesse fut créé.

- Le CSI, le CSTU et la régie régionale se sont adhérés au projet de création du centre jeunesse.

- Une rencontre fut organisée avec l'ACJQ afin d'obtenir son appui pour la mise en œuvre du centre jeunesse.

- Une rencontre a été demandée avec le MSSS afin d'obtenir l'aval de l'équipe de la Direction des affaires autochtones, ethnoculturelles et régions nordiques et de l'équipe des services sociaux, Direction des jeunes et des familles, pour la mise en œuvre du centre jeunesse.

- Un audit organisationnel a été réalisé sur la dispensation des services en protection de la jeunesse, l'application de la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents*, les services de

réadaptation au Nunavik et une proposition de modèle organisationnel pour le centre jeunesse. Le rapport « Portrait des services de la protection de la jeunesse du Nunavik » a été soumis aux directeurs de la protection de la jeunesse et sera déposé au Comité de pilotage du centre jeunesse ; le portrait du milieu, analyse descriptive produite par Boscoville, a fait l'objet d'une présentation au Comité régional en réadaptation.

- Le plan d'action en protection de la jeunesse et en réadaptation fut révisé : budgets, travaux préliminaires sur les registres de postes dans les centres de santé, identification des besoins de maisons et d'espace de travail pour le personnel par village.

Programmes-services adultes et communautaires

Le mandat de cette équipe est de venir en soutien à la Direction de la planification et de la programmation. L'équipe est composée d'un conseiller et de cinq agents qui veillent au développement et au déploiement d'une offre de services adaptée à la réalité et aux besoins de la clientèle de notre région :

- santé mentale, prévention du suicide, santé et bien-être des hommes ;
- violence familiale et agressions sexuelles ;
- personnes en perte d'autonomie et réadaptation physique ;
- organismes communautaires, soutien au développement des ressources.

Santé mentale, prévention du suicide, santé et bien-être des hommes

Santé mentale

- Les activités de formation pour les travailleurs des ressources résidentielles en santé mentale se sont poursuivies. Une session de deux jours de formation a été offerte par l'Hôpital Douglas dans chacun des milieux de travail. Au total 36 personnes ont été formées : 14 au centre de crise, 11 au centre de réintégration et 11 aux appartements supervisés. Cette formation a pour but de présenter les concepts de base de la santé mentale et d'offrir aux membres du personnel des outils fonctionnels de base afin de mieux les soutenir dans leur travail.

- Un soutien a été fourni pour la formation sur l'estimation de la dangerosité offerte au Centre de santé Tulattavik.

Prévention du suicide

- Un soutien a été fourni pour la participation des jeunes et des professionnels à l'événement « Dialogue pour la vie », une conférence d'une durée d'une semaine

organisée annuellement par l'Association prévention suicide Premières Nations et Inuits du Québec et du Labrador. Des ateliers organisés par des Inuits et des gens des Premières Nations ou des professionnels travaillant auprès de ces populations sont présentés témoignant d'un point de vue autochtone et de stratégies autochtones de prévention du suicide. Également, des ateliers de guérison, des formations et une programmation spécifique aux jeunes s'inscrivent à l'intérieur de la conférence. Au total, 18 personnes issues de diverses organisations y ont participé (Centre de santé Inuulitsivik, Centre de santé Tulattavik, Hébergement communautaire Ungava, Saputiit).

- Un suivi des activités de formation en prévention du suicide a été effectué ; trois ateliers *ASIST* ont été offerts par les formateurs inuits dans les villages.

- Un suivi des activités de postvention dans les villages a également été effectué ; six ateliers de deuil, suite à des suicides et à des événements traumatiques, ont été réalisés.

Violence familiale, agressions sexuelles et santé des femmes

Des projets de sensibilisation auprès de la population visant à réduire la violence familiale et les agressions sexuelles dans la région ont été mis en œuvre par l'entremise de partenariats porteurs entre les différents acteurs régionaux. Le développement de services aux victimes de violence et d'agression sexuelle a également été au cœur des activités entreprises.

Projet *Good Touch / Bad Touch*

- *Good Touch / Bad Touch* est un programme de prévention conçu pour les enfants de niveaux préscolaire et primaire qui leur enseigne les habiletés nécessaires pour reconnaître et prévenir les abus sexuels ainsi que pour réagir dans ces situations. Le programme contribue à créer des environnements scolaires sécuritaires et à susciter des échanges entre les adultes et les enfants.

  Un comité régional composé de représentants de différentes organisations, notamment le Corps de police régional Kativik (CPRK), la Commission scolaire Kativik (CSK) et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (CSTU), a été créé afin de développer un projet pilote pour l'adaptation de ce programme au Nunavik.

  Au printemps 2011, 21 groupes d'étudiants des



écoles Pitakallak et Jaanimmarik de Kuujjuaq ont été rencontrés. L'évaluation de cette implantation a mené à une décision de cibler les élèves de maternelle et de première année du primaire pour la suite du déploiement du programme en 2011-2012.

Au cours de l'année, plusieurs outils d'enseignement, de sensibilisation et d'information ont été adaptés ou créés et ensuite traduits : guides d'animation, livres d'histoire, cahiers à colorier, affiches, gilets, etc. De plus, des livrets d'information sur les abus sexuels envers les enfants ont été conçus pour être distribués dans tous les casiers postaux des communautés visitées.



Livret d'information sur l'abus sexuel envers les enfants

En mars 2012, le comité régional s'est déplacé à Quaqtaq pendant près de deux semaines pour effectuer la mise en œuvre de la nouvelle formule du projet. Au cours de la première semaine, l'équipe a rencontré les membres de la communauté, les intervenants locaux, le personnel de l'école et les parents pour les sensibiliser aux agressions sexuelles et à l'importance d'une prise en charge collective pour faire face à cette problématique. Au cours de la deuxième semaine, l'équipe a animé les ateliers auprès des élèves pour leur enseigner le contenu du programme. Une évaluation a été effectuée afin de permettre de peaufiner le contenu du programme et de préparer un calendrier en vue d'une implantation dans d'autres écoles ou à d'autres niveaux scolaires en 2012-2013.

Campagnes régionales pour la Journée du Nunavik pour l'élimination de la violence (25 novembre 2011) et pour la Journée internationale de la femme (8 mars 2012)

- Ces campagnes consistaient à développer du matériel de sensibilisation, tels que des textes à déclamer à la radio et des affiches, ainsi qu'à mobiliser et à soutenir les communautés dans l'organisation de leurs initiatives locales.

Développement des services médicaux et psychosociaux pour les victimes d'agression sexuelle

- Plusieurs réunions ont été tenues au cours du printemps 2011 afin de restructurer le projet à la suite du transfert de sa gouvernance de la Direction des soins infirmiers du CSI à la Direction des services sociaux et du départ des professionnels qui étaient affectés à ce projet tant au CSI qu'au CSTU. Par la suite, seules quelques activités ont été réalisées puisque les professionnels des centres de santé n'ont pas été remplacés.

Renforcement des capacités des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence

- Les directrices des maisons d'hébergement Tungasuvvik et Initsiaq ont été accompagnées dans la préparation et l'affichage de postes à combler pour leur établissement. Des rencontres et des formations ont été organisées pour les directrices et le personnel des maisons d'hébergement afin de favoriser leur réseautage et d'améliorer les services pour les victimes de violence : formation d'une semaine organisée en avril 2011 sur la gestion pour la maison Initsiaq, participation d'une représentante de la maison Ajapirvik à la consultation sur le nouveau Plan d'action gouvernemental en violence, participation des directrices aux rencontres du Réseau des maisons d'hébergement autochtones en septembre 2011 et février 2012, formation d'une durée de deux jours en mars 2012 à la maison Ajapirvik sur l'intervention après des victimes d'agression sexuelle, etc.

AFF Personnes en perte d'autonomie, aînés et réadaptation

Soins à domicile et en milieu communautaire

- Un total de 2 805 clients ont reçu des services dans le cadre du programme des soins à domicile et en milieu communautaire.
- Le programme a offert des services à des clients de tout âge : enfants, jeunes, adultes et aînés.
- Un total de 17 682 heures de services a été fourni :
  - aide à la vie autonome : 4 114 ;
  - soins infirmiers : 3 078 ;
  - soins personnels : 6 395.
- Plus de 90 % des services étaient pour l'entretien et les soins de soutien à long terme.
- Le 18 février 2012, un travailleur social du programme de soins à domicile et en milieu communautaire basé à Inukjuak a reçu de la formation à Montréal sur l'intervention auprès des cas de maltraitance des personnes âgées.

Aînés

- Le 18 avril 2011, la troisième séance de formation destinée aux gérants des résidences pour personnes âgées a commencé à Kuujjuaq, suivie de séances de travail animées par des formateurs dans les communautés de Puvirnituq et Kangiqsujuaq.



- Du 2 au 6 mai 2012, le projet pilote pour des sorties en plein air pour les aînées de Kuujjuaq (« Kuujjuaq Women Elders: On the Land ») fut

réalisé à Qingauyaq. Environ 10 aînées ont participé à des activités de guérison, de partage et culturelles et ont discuté de la prévention et de l'intervention dans des cas de maltraitance des personnes âgées. Le projet a été rendu possible grâce à la collaboration de Pauktuutit Inuit Women of Canada [Association des femmes inuites Pauktuutit du Canada], de la RRSSSN, de l'ARK, de la communauté de Kuujjuaq et de deux conseillères du Nunavut.

- Le 15 juin 2011, la troisième campagne régionale pour souligner la Journée mondiale de sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées a été réalisée.

- De plus, le mois de juin fut désigné le mois des personnes âgées. Plusieurs communautés ont organisé des activités pour les aînés, où des membres de la communauté ont participé à des concours régionaux de photos et de cartes postales et démontré leur appui en portant des rubans mauves et en klaxonnant dans leurs véhicules à 15 h 00. Nos aînés ont été fêtés grâce à la collaboration des communautés et de leurs leaders, du comité des aînés du Nunavik, de l'ARK et de la RRSSSN.





- Le 1er octobre 2011, Journée internationale des personnes âgées, la campagne régionale d'affiches fut encore tenue par les communautés du Nunavik.

- En octobre 2011, le projet pour le développement de résidences pour personnes âgées du Nunavik fut lancé avec l'embauche d'un consultant qui collabore avec différents organismes régionaux et les communautés de l'Hudson afin d'assurer le financement et de commencer la construction des résidences à Inukjuak et à Salluit.

- En novembre 2011, une collaboration fut établie avec le ministère de la Famille et des Aînés et le MSSS afin d'implanter le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées. La Direction de la planification et de la programmation collabore à ce dossier.

- Le 18 janvier 2012, un projet pilote avec Rebecca Veevee fut réalisé à Kuujjuaq. Les membres de la communauté et les aînés ont eu l'occasion de participer à un événement promouvant les modes de vie sains et la prévention du diabète.

- En mars 2012, un projet pilote pour la livraison de repas aux personnes âgées de Kuujjuaq fut implanté dans les appartements supervisés. Les résidents ont reçu de la formation sur l'autonomie fonctionnelle, et des aînés ainsi que d'autres personnes ont reçu des repas nutritifs chez eux.

Réadaptation

- L'équipe d'experts consultants fut mise sur pied et le cadre établi afin de procéder à un portrait à jour des personnes vivant avec une déficience au Nunavik.

Organismes communautaires

La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik poursuit son financement des organismes communautaires qui jouent un rôle primordial en fournissant du soutien et des services de première ligne aux communautés du Nunavik. Parmi ces organismes, on trouve :

- trois refuges pour femmes (Kuujjuaq, Salluit, Inukjuak) ;
- deux résidences pour personnes âgées (Kuujjuaq, Kangiqsujuaq) ;
- deux appartements communautaires supervisés : Ungava et Hudson ;
- l'Association des femmes inuites du Nunavik ;
- le Centre de traitement Isuarsivik à Kuujjuaq ;
- le réseau Qajaq pour les hommes du Nunavik ;
- l'Association Tasiutigiit pour les familles inuites à Montréal.

Le projet le plus récent consiste en des activités pour les jeunes, où plusieurs organismes travaillent ensemble afin d'offrir aux jeunes une expérience positive après les heures de classes et en fin de semaine :

- l'Administration régionale Kativik, par le biais de sa Direction des loisirs et de sa Direction de l'Emploi ;
- le programme Ungaluk de Makivik ;
- Paul Parsons, maire de Kuujjuaq ;
- le Conseil municipal de Kuujjuaq et sa Direction des loisirs ;
- les *Kuujjuamiut* ;
- l'Association des maisons de jeunes du Nunavik ;
- la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, sa Direction de la planification et de la programmation et sa Direction des services administratifs ;
- le programme de loisirs communautaires et de formation en leadership du Collège Dawson, lequel a prêté son expertise et permis à deux de ses finissants de séjourner à Kuujjuaq pendant trois mois afin d'épauler et de travailler avec des jeunes Inuits intéressés sur le développement d'activités structurées et supervisées destinées aux jeunes.

Les responsables du programme de loisirs communautaires et de formation en leadership ont exprimé leur engagement solide pour continuer à appuyer le projet d'activités pour les jeunes de Kuujjuaq et de lancer des initiatives semblables dans d'autres communautés de la région si les leaders desdites communautés expriment le désir de créer de telles ressources dans leur village.

Les jeunes de Kuujjuaq ont grandement bénéficié du projet : les enfants ont eu l'occasion de fréquenter la maison des jeunes du Nunavik (le Dôme) ou le forum de Kuujjuaq après les heures de classes et en fin de semaine. Les animateurs et les coordonnateurs-adjoints ont apprécié leurs responsabilités de fournir un milieu sécuritaire et amusant où les jeunes ont l'occasion d'acquérir des compétences sociales.

Malheureusement, le projet Sinittavik (maison d'hébergement pour jeunes) a dû se terminer pour un nombre de raisons. Saputiit, l'organisme responsable du projet, a tenu des élections pour son président, et beaucoup des fonctions quotidiennes ont été négligées, la formation de suivi pour les nouveaux employés de Sinittavik n'a pas été donnée et les rapports d'activités et financiers n'ont pas été soumis à l'intérieur des délais prescrits, ce qui a obligé les bailleurs de fonds à retenir leur soutien jusqu'à ce que les documents requis soient transmis.

Saputiit ayant un nouveau président et ayant réglé certaines affaires, il y a espoir que le projet Sinittavik se poursuivra et, de nouveau, donnera un milieu sécuritaire aux jeunes quand ils en ont besoin.

Affaires médicales et santé physique

Notre équipe de travail est composée d'une conseillère et d'une nouvelle agente (poste vacant) depuis février 2012 et d'une directrice aux affaires médicales et universitaires, Dr. Nathalie Boulanger, et des secrétaires du secteur de la planification et programmation.

Le mandat de cette équipe est de planifier et de coordonner les services de santé physique, notamment ceux de première ligne, généraux, spécialisés et ultraspécialisés, ainsi que des services reliés à la lutte pour vaincre le cancer, etc.

Direction régionale de médecine générale (DRMG)

Tout au long de l'année, il est important pour la régie d'assister aux rencontres du comité de la Direction régionale de médecine générale (DRMG). Le but de ce comité est de faire des recommandations sur divers projets en lien avec la première ligne, sur le plan régional des effectifs médicaux relatif aux médecins omnipraticiens et sur le plan régional d'organisation de services médicaux régionaux. Ces rencontres permettent à la régie de suivre, de comprendre et de s'impliquer dans les différents dossiers et de travailler en étroite collaboration avec cette direction.

Médecins

Pour assurer une continuité des soins offerts par les médecins pour la population, la régie œuvre sur plusieurs fronts. En ce qui touche le recrutement, une grande partie des efforts sont concentrés sur les étudiants et les résidents en médecine. Que ce soit dans les salons de recrutement ou pour le financement des stages, la régie est proactive et s'engage à représenter le Nunavik au Québec. Une nouveauté cette année est l'investissement auprès d'une firme de marketing pour aider le recrutement au Québec avec une attention particulière au Nord.

Pour favoriser la rétention du personnel médical, la régie gère des fonds permettant le versement de primes d'installation, de maintien et de fidélisation nordique aux médecins. Une partie de ces fonds est également utilisée pour encourager la formation continue des médecins.

La région compte sur la présence de 20 médecins pour la région du Nunavik : 10 à temps plein et 10 à temps partiel. Cette année a vu les activités suivantes :

- intégration de cinq nouveaux médecins pour la région tel que défini par le MSSS ;
- neuf stages d'été par des étudiants en médecine ;
- résidences, externats et accompagnements de spécialistes (présences sur le territoire pour les résidents en spécialités) :
  - ✓ anesthésie : une visite de trois jours ;
  - ✓ médecine familiale : 22 mois de stages ;
  - ✓ médecine d'urgence : une visite de 14 jours ;
  - ✓ pédopsychiatrie : quatre visites de trois jours ;
  - ✓ psychiatrie : une visite de six jours ;
  - ✓ O.R.L. : cinq visites de trois jours ;
  - ✓ ophtalmologie : trois visites de trois jours ;
  - ✓ orthopédie : une visite de trois jours.
- une activité de formation médicale continue pour 12 médecins ;
- six rencontres de l'exécutif de la DRMG ;
- des rencontres avec la DRAMU à toutes les visites du Dr. Boulanger à Kuujjuaq ;
- réunions régulières quatre fois par année avec le CCAMU (Comité de coordination et de consultation aux affaires médicales et universitaires) du MSSS.

Optilab (Laboratoires)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a entamé une démarche d'optimisation des services offerts par les laboratoires de biologie médicale du Québec. La régie a été mandatée pour piloter ce dossier pour la région du Nunavik. En avril 2012, une première rencontre a été organisée avec les différentes parties prenantes afin de sonder les besoins actuels et les pistes de solutions possibles. Nous sommes au début de ce projet et pour l'année à suivre, il y aura assurément une continuation et des développements pour répondre efficacement aux besoins de la population.

Télésanté



Le Réseau universitaire intégré de santé de McGill a le mandat de déployer les projets de télésanté dans notre région. En 2011-2012, les équipements nécessaires pour assurer les téléconsultations dans chacun des villages furent transportés par bateau et livrés tel que prévu. Il s'agit de caméras, stéthoscopes, otoscopes et ordinateurs accrochés sur une tige métallique style charriot dénommée Station 150, ce qui permet de l'utiliser dans les salles de soins ou de consultations.

Afin de réussir à faire une consultation avec la télésanté, les centres de santé et les CLSC doivent enregistrer leur demande via le Centre de coordination télésanté de McGill (CeCot), et un minimum de deux conférences par mois est exigé pour chaque équipement déployé sur le territoire. Déjà, depuis le mois de décembre 2011, nous avons atteint les résultats souhaités et plus.

Il fut aussi installé des caméras fixes pour les consultations en télépsychiatrie pour les villages qui en ont fait la demande.

Des formations pour tous les utilisateurs--médecins, infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, techniciennes en réadaptation, secrétaires et techniciens—sont disponibles sur le réseau télésanté du RUIS McGill. L'adaptation à ces nouvelles technologies se fera progressivement et nous croyons les utiliser à leur maximum afin de faire le plus de consultations directement au Nord avec les spécialistes du Sud. Des dépliants sur la téléconsultation et la télésanté seront traduits sous peu et distribués à toutes les familles du Nunavik pour assurer que ces changements sont bien compris.

Besoins en télésanté

- Besoins variés de la première à la troisième ligne (adulte et pédiatrique)
- Consultation générale
- Consultation spécialisée
- Discussion de cas

- Suivi post-hospitalisation et post-visite aux communautés
- Formation continue

Offre de service

- Approche « réseau » souple des corridors de service pour des téléconsultations variées (de la première à la troisième ligne)
- Soutien aux visites en région
- Conférences scientifiques
- Soutien à la pratique professionnelle
- Coordination intra- et inter-RUIS
- Mission suprarégionale (ex : troubles alimentaires (CvSSS.ca)).

Optimisation des examens échographiques en différé

Les échographies doivent se faire selon les besoins des patients sur ordonnance médicale. Les techniciens font les examens mais ne peuvent donner un diagnostic. Cette fonction revient au radiologiste et pour notre région, ce spécialiste fait les lectures de son milieu de travail dans le Sud après transmission et réception des données.

Une démarche est en cours afin d'optimiser les techniques pour faire ces examens et améliorer leur transmission et temps de lecture ou de diagnostic. Ces informations pourraient permettre de prendre des décisions plus rapidement et ce à la faveur des patients traités.

Déploiement du programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 (Syndrome de Down)

Le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 vise à rendre accessible aux femmes enceintes et aux couples du Québec, sur une base volontaire, un dépistage prénatal de la trisomie 21. Cette maladie affecte le développement intellectuel de l'enfant. Il peut aussi présenter d'autres problèmes de santé. Cependant, il peut aussi développer de profondes relations affectives et mener une vie gratifiante pour lui-même et pour ses proches.

Ce dépistage se fait par une analyse de sang de la mère durant sa grossesse. Si une cliente décide de participer au Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21, tous les détails lui seront transmis par le médecin qui fait le suivi de sa grossesse ou par un autre professionnel de la santé.

Dans l'année qui vient, le gouvernement du Québec se prépare à déployer un autre programme pour le dépistage de la surdité chez les nouveau-nés.

Continuité des services psychiatriques

Les services d'hospitalisation des patients aux prises avec des problèmes psychiatriques sont dorénavant sous la responsabilité du Réseau universitaire intégré de santé McGill au lieu d'être sous la responsabilité de l'Hôpital Notre-Dame, qui assumait ce mandat depuis plusieurs années.

Ce changement occasionne de nouvelles démarches afin de conserver les services avec les centres hospitaliers du Sud. Le ministère de la Santé et des Services sociaux alloue deux nouveaux psychiatres avec des postes réseaux obligatoires pour la région du Nunavik. Ils pratiqueront dans la région de Montréal avec l'obligation d'intervenir pour les patients du Nunavik au sein du réseau de la santé.

Pour actualiser ces services, nous sommes à rédiger un protocole d'entente entre les parties concernées (le RUIS McGill, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et la RRSSSN).

Un symposium en santé mentale est dans l'étape de planification avec les partenaires du RUIS McGill et sera tenu le 13 avril 2012 en lien avec les activités du programme de formation continue et le Dr. Tewfik Said.

Direction de santé publique

Mot du directeur

L'année 2011-2012 aura été marquée par les faits saillants suivants :

- la tuberculose, relativement peu fréquente au cours des dernières années dans la région, a effectué un retour en force. Une communauté a été l'objet d'une mini-éclosion alors qu'une autre fut l'objet d'une éclosion majeure, qui n'était toujours pas entièrement sous contrôle à la fin mars 2012. Cette éclosion a nécessité un redoublement des efforts tant du personnel de la Direction de santé publique, du Centre de santé Tulattavik de l'Ungava que du personnel du CLSC local. Des ressources additionnelles (humaines, financières et matérielles) ont été fournies ;
- les résultats de l'étude de cohorte effectuée par Dre Gina Muckle chez des enfants du Nunavik alors âgés de 11 et 12 ans, ainsi que les recommandations de santé publique en découlant, ont été rendus publics. Plusieurs activités de communications visant la population du Nunavik de façon prioritaire ont été réalisées ;
- le début de l'approche des communautés faisant l'objet de projets intégrateurs reliés au développement de l'enfant. Pour les deux projets en question (développement global de l'enfant en milieu de garde et approche de type SIPPE), les communautés approchées se sont montrées très favorables à l'implantation de tels projets et ont manifesté un désir de s'impliquer dans le processus de soutien des intervenants ;
- une participation de représentants de la direction dans des projets de nature psycho-sociale visant la prévention de la violence, des abus sexuels, etc. Les premiers échos reçus sont très favorables et nous incitent à accentuer notre implication dans ces problématiques, en ayant comme souci de promouvoir des projets porteurs d'efficacité reconnue et comportant le moins possible d'effets négatifs ;
- la persistance de l'éclosion d'infections gonococciques. Malgré de nombreux efforts, tant régionaux que locaux, on a reçu durant l'année 2011 un grand nombre de déclarations de cas de cette infection transmise sexuellement.

Serge Déry, M.D.

Ressources humaines

Durant l'année 2011-2012, nous avons réussi à combler le poste de conseillère régionale en prévention et contrôle des maladies infectieuses.

Au 31 mars 2012, le poste d'agent en santé environnementale était toujours vacant. Nous avons été informés par l'Agence de santé publique du Canada que, suite au dernier budget fédéral, le poste qui nous avait été alloué n'était plus disponible. Il faudra donc trouver un autre mode de financement pour ce poste qui revêt un caractère stratégique, notamment en raison du lancement du Plan Nord.

Protection de la santé publique

Ce volet a fait l'objet de plusieurs interventions.

Maladies infectieuses

Maladies à déclaration obligatoire (MADO) non-ITSS

- Au cours de l'année 2011, la DSP a reçu et traité la déclaration de 70 épisodes de MADO autres que les ITSS (par comparaison, 44 épisodes avaient été déclarés l'année précédente). Le nombre de cas de tuberculose active déclarés a presque triplé (44 vs 16). Au seul premier trimestre de l'année 2012, nous avions reçu la déclaration de 25 cas de tuberculose.

  Il est à noter que l'éclosion de rougeole qui a touché plusieurs régions du Québec a complètement épargné le Nunavik. Il va sans dire que les excellents taux de couverture vaccinale obtenus dans la région ont contribué à protéger notre population.

  En ce qui concerne la rage, sept renards et quatre chiens du Nunavik ont été déclarés porteurs de la rage. Un nouveau guide québécois d'intervention visant la prévention de la rage humaine a été distribué aux professionnels impliqués.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

- Durant la période de 12 mois allant du 1er janvier au 31 décembre 2011, 204 cas de gonorrhée ont été déclarés au Nunavik, ce qui constitue une augmentation de 5 cas par rapport à l'année précédente et le total annuel de cas de gonorrhée le plus élevé jamais rapporté au Nunavik. Ce qui confère à la région du Nunavik l'un des taux d'incidence les plus élevés au Québec. Comme pour les années précédentes, la proportion des cas survenus au sein des communautés de l'Hudson (55 %) surpasse celle de l'Ungava

(45 %). Plus de la moitié des cas (63 %) sont survenus chez des individus âgés de moins de 30 ans.

- Régionalement, le nombre d'infections génitales à *Chlamydia trachomatis* a légèrement augmenté en 2011 par rapport à 2010 (247 cas en 2011, 229 cas en 2010). Tout comme pour la gonorrhée, la région présente des taux d'incidence qui sont nettement au-dessus de ceux du Québec et l'incidence la plus élevée se retrouve parmi les jeunes.

- Finalement, les données du programme québécois de surveillance de l'infection au VIH indiquent qu'entre janvier 2002 et juillet 2009 (une période de sept ans), 10 cas de séropositivité au VIH ont été déclarés pour des Inuits vivant au Québec. Au cours des cinq dernières années, trois nouveaux cas de porteurs chroniques de l'hépatite B et trois nouveaux cas d'hépatite C ont été déclarés.

Santé au travail

Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite

- Au cours de l'année 2011, nos médecins-conseils ont traité 130 demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, ce qui constitue une augmentation de 24 % par rapport à l'année précédente. Les demandes de consultation des travailleuses proviennent en grande majorité des secteurs de l'éducation (éducatrices en garderie, enseignantes) et de la santé (infirmières) ainsi que du secteur commercial (caissières).

Programmes de santé spécifiques pour le secteur minier

- La réalisation des programmes de santé spécifiques dans les entreprises du secteur minier s'est poursuivie au cours de l'année 2011. Rappelons que ce secteur d'activités connaît un développement important qui devrait s'accentuer au cours des années à venir, en raison notamment de la mise en place du Plan Nord. Un médecin et une infirmière de la Direction de santé publique réalisent les activités de prévention dans ce secteur important du Nunavik comptant plus de 1 000 travailleurs répartis au sein de cinq établissements miniers. Parmi les principales actions réalisées en cours d'année, notons :

    - la connaissance des risques présents dans le milieu de travail ;
    - l'information des travailleurs miniers ainsi que des employeurs concernant les effets sur la santé de différents types d'agresseurs comme le plomb, la silice, le bruit, les fumées de soudage, etc. ainsi que sur les moyens préventifs à mettre en place par l'entreprise pour protéger leur santé ;
    - la surveillance médicale des travailleurs exposés au plomb, à la silice, aux risques biologiques ainsi qu'aux allergies alimentaires ;
    - la présentation des rapports de visite et la rencontre des membres des comités de santé et de sécurité des entreprises ;

- le suivi des mesures visant à s'assurer de la présence de services adéquats de premiers soins dans les établissements miniers.

Programme de santé au travail dans les municipalités du Nunavik

- Le secteur municipal continue d'être l'objet d'interventions visant à prévenir les problèmes de santé en milieu de travail. L'infirmier basé à Kuujjuaq réalise des activités préventives à l'intention des 14 municipalités du Nunavik. Ainsi, en 2011, les établissements localisés dans toutes les municipalités du Nunavik (garage municipal, caserne, aréna, atelier de menuiserie, site de déversement des eaux usées et de distribution de l'eau potable) ont été visités par l'équipe de santé au travail de la Direction de santé publique. Tous les postes de police ont aussi été visités. Les employés municipaux, les employeurs et les policiers ont été informés des risques présents dans leur milieu de travail (bruit, fumées de soudage, risques biologiques et ergonomiques, etc.) et des moyens de prévention à mettre en place pour prévenir ces risques. Des rapports de visite ont été transmis aux maire et gérants de chacune des municipalités visitées ainsi qu'aux postes de police. Tous ces rapports sont disponibles dans les trois langues (inuktitut, anglais, français).

  Soulignons qu'une rencontre de l'équipe de santé au travail avec les représentants de l'Administration régionale Kativik a permis d'établir des mécanismes de collaboration entre les deux organisations qui visent à soutenir les municipalités dans la réalisation des recommandations relatives à la prévention en milieu de travail.

- L'équipe régionale a également répondu à plusieurs demandes du milieu au cours de l'année. Ces demandes concernent en particulier la qualité de l'air intérieur dans les établissements du Nunavik.

Prévention et promotion de la santé

La prévention signifie agir avant l'apparition d'un problème de santé. La promotion de la santé est une composante majeure des activités réalisées au niveau de la santé publique. Définie comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci, la promotion de la santé s'appuie sur cinq principales stratégies autour desquelles s'articulent nos interventions : l'élaboration de politiques publiques saines, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé (source : *Charte d'Ottawa*). La promotion de la santé soutient et encourage les responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux à adopter des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage la santé, l'équité et la création d'environnements sains (ex : mesures législatives, financières et fiscales, changements organisationnels, etc.).

Comme par les années précédentes, la DRSP a réalisé plusieurs activités, tant en prévention qu'en promotion de la santé.

Immunisations

Vaccination contre la rougeole

L'année 2011 a été marquée par la vaccination massive contre le virus de la rougeole dans les écoles. Au Nunavik, étant donné que le taux de couverture vaccinale en milieu scolaire était déjà de 95 % et plus, seulement certains groupes ont fait l'objet d'une vérification du statut vaccinal et d'une offre de vaccination si nécessaire. Il s'agit des niveaux scolaires de 7e année, secondaires I-II-III, étudiants et employés nés à l'extérieur du Nunavik (car les données n'étaient pas connues) et 4e année primaire. Les élèves de la maternelle auront également une vérification de leur statut lors de la rentrée scolaire 2012. Cette campagne de vaccination a nécessité la collaboration de la Direction de santé publique et de la Direction générale de la RRSSSN, des directions des deux centres de santé, de tous leurs points de service, ainsi que de la commission scolaire et des écoles. Des efforts immenses ont été consentis dans toutes les phases de la campagne : préparation opérationnelle, communications, organisation logistique, maintien de la chaîne de froid, réception et redistribution des vaccins, formation du personnel vaccinateur, surveillance des effets secondaires des vaccins, etc.

Le taux de couverture vaccinale, calculé selon les dénominateurs populationnels que nous utilisons habituellement, s'est élevé à 99,4 % pour les 7e année et secondaires I-II-III. Pour ce qui est des étudiants et employés nés à l'extérieur du Nunavik, la participation a été beaucoup plus faible. Le taux de couverture vaccinale (avec preuve à l'appui) est de seulement 14,5 %. Quant aux données concernant les étudiants de 4e année, celles-ci viendront plus tard car les infirmières ont jusqu'à la fin de l'année scolaire pour compléter leur vaccination.

Vaccination contre le rotavirus

Un vaccin contre le rotavirus, un virus causant des gastroentérites, a été introduit au calendrier régulier pour les nourrissons âgés de deux2 à sept mois en novembre 2011. Il est administré en deux doses lors des visites de suivi infantile de deux et quatre mois. Selon des études cliniques, son efficacité à la première saison est entre 74 et 87 % pour la prévention des gastroentérites à rotavirus, entre 96 et 98 % pour la prévention des gastroentérites graves à rotavirus et à 96 % pour la prévention des hospitalisations pour gastroentérite à rotavirus.

Formation

Quelques activités de formation ont été offertes au personnel infirmier et au personnel des pharmacies de la région sur différents sujets : introduction du vaccin contre le rotavirus dans le

calendrier régulier, vaccination scolaire, influenza saisonnier, rougeole. La conseillère régionale a assisté à un congrès international sur les bris de la chaîne de froid en février 2012.

Campagne influenza saisonnier

Considérant qu'au Nunavik tout le monde est à risque de contracter ou de transmettre l'influenza, la vaccination est offerte à toute la population gratuitement et ce, depuis maintenant cinq ans.

Vaccination en milieu scolaire

De nombreux vaccins ont été offerts en milieu scolaire au cours de l'année : hépatite A et B et virus du papillome humain (VPH) en 4e année, dcaT (diphtérie-coqueluche-tétanos), virus du papillome humain (VPH) et vérification du statut vaccinal en 7e année, rattrapage dcaT (diphtérie-coqueluche-tétanos), virus du papillome humain (VPH) et vérification du statut vaccinal en secondaires I-II-III. Contrairement à certaines régions qui ont dû reporter les vaccinations en milieu scolaire à cause de la campagne de vaccination contre la rougeole, au Nunavik les activités ont pu être maintenues dans leur ensemble.

Gestion des produits immunisants

Depuis juillet 2011, la gestion des produits immunisants se fait par notre conseillère en prévention et au contrôle des maladies infectieuses. Elle fait d'ailleurs partie du groupe provincial des répondants en gestion des produits immunisants. Pour l'année 2011-2012, nous avons eu 11 bris de la chaîne de froid nécessitant une destruction de vaccins dont six étaient lors du transport et cinq lors de l'entreposage. Nous sommes toujours très satisfaits de notre collaboration avec nos deux établissements et notre dépositaire régional.

Nous avons participé à un groupe de travail sur le *test d'agitation* pour déterminer, suite à un bris de la chaîne de froid, si un vaccin adsorbé sur sels d'aluminium peut être conservé ou pas. Il s'agit d'une technique validée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et recommandée par le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) et que le groupe sur le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) a entériné à la suite de nos recommandations.

Pour l'année 2011-2012, nous prévoyons commencer l'utilisation du *Système d'information pour la protection en maladies infectieuses* (SI-PMI). Ce système informatisé est maintenant employé dans la majorité des régions de la province. Il nous permettra de gérer les vaccins plus efficacement et, par le fait même, d'offrir un meilleur service à la communauté. Notre conseillère en prévention et au contrôle des maladies infectieuses ainsi qu'une assistante technique à la pharmacie de chaque établissement assisteront d'ailleurs à une formation de trois jours sur le sujet en juin 2012.

Prévention des infections nosocomiales

Notre conseillère régionale en prévention et contrôle des maladies infectieuses est maintenant en poste depuis juillet 2011. La Table régionale en prévention des infections nosocomiales (TRPIN) a repris ses activités en février 2012. La conseillère régionale a comme mandat de produire le plan d'action régional 2012-2017 en prévention des infections nosocomiales. Les infirmières des deux établissements de santé doivent travailler sur des plans de travail au niveau local.

Formation

La conseillère régionale a assisté à une journée d'information sur la prévention des infections donnée par l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté (CHICA) en octobre 2011. La Direction de santé publique a financé la participation de la conseillère régionale et des infirmières en prévention des infections des deux établissements aux Journées annuelles de santé publique 2011.

Prévention des infections dans les centres de la petite enfance

Les activités de la Table régionale pour la prévention des infections en garderies ne se sont pas développées davantage. Par contre, nous avons pu répondre aux demandes pressantes des établissements. Les activités de la Table régionale devraient reprendre au cours de l'année 2012-2013.

Lutte antitabagique

Le Défi J'arrête, j'y gagne

Le défi était le neuvième concours annuel organisé à l'intention des fumeurs adolescents et adultes. D'une durée de six semaines, le défi aura vu la participation de 201 individus au total (79 adolescents et 122 adultes). Parmi ce groupe, 22 individus ont réussi à cesser complètement de fumer durant toute la durée du défi. Ce concours continue de susciter beaucoup d'intérêt dans la région.

Né libre de fumée (Born Smoke-Free)

Ce programme (avec un nouveau titre et un nouveau logo) fournit du nouveau matériel éducatif. Il fait la promotion d'un environnement sans fumée pour les nouveau-nés et leur famille. Il complète la composante Tabagisme du programme *Growing Healthy Together BABIES*. Un apprentissage clé fourni par l'évaluation du programme est à l'effet que le message doit être introduit très tôt en période prénatale et renforcé en période post-natale.

Formation et suivi des intervenants locaux en prévention et cessation tabagique

Des ateliers à l'intention des professeurs ont été tenus à Kuujjuaq et Inukjuak durant l'été. Le contenu sommaire d'un ensemble de ressources visant la promotion de la santé a été présenté aux directeurs et conseillers pédagogiques. Également, une autre formation a été offerte aux travailleurs communautaires de bien-être, aux conseillers pédagogiques et aux directeurs mais ciblant uniquement la prévention et le contrôle du tabagisme. Par la suite, un suivi a été effectué auprès de ces intervenants afin d'évaluer leurs besoins et de les soutenir dans l'organisation d'activités de sensibilisation au tabagisme au sein de leurs communautés.

Soutien à l'application des mesures législatives entourant la *Loi sur le tabac*

Différentes actions ont été posées dans le but de renforcer le respect de la réglementation portant sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics et à l'intérieur du périphérique de neuf mètres entourant les institutions publiques (écoles, garderies, centres de santé, organisations régionales, etc.) : envoi d'une copie de la loi aux dirigeants et/ou intervenants, installation de cendriers sécuritaires pour les enfants, diffusion de messages de rappel électroniques, affichage de vignettes « interdiction de fumer ».

Campagne de réduction de l'exposition à la fumée secondaire dans les foyers

Cette année, bon nombre de communautés ont participé au déploiement de la campagne Lumière Bleue à travers le Nunavik dans l'espoir de réduire le taux d'exposition à la fumée secondaire dans les foyers. Grâce à la participation des intervenants locaux (notamment les CLWW), des centaines de ménages participants ont fixé une ampoule bleue au porche extérieur de leur maison en témoignage de leur engagement à vivre dans une demeure sans fumée.

Dépistage du cancer du sein

La mammographie de dépistage a été offerte aux femmes du Nunavik en novembre et décembre 2011 et avril 2012 pour les résidentes de la Côte de l'Hudson et en janvier 2012 pour les résidentes de la Côte de l'Ungava. Au total, 736 femmes ont participé.

Dépistage de la rétinopathie diabétique

Les patients connus comme diabétiques sont référés pour un examen de dépistage de la rétinopathie, ce qui permet l'application de traitements en vue de prévenir ou de retarder la dégradation de la vue. Au cours de l'année 2011-2012, 185 personnes diabétiques ont été examinées. L'infirmière en prévention du diabète du Centre de santé Inuulitsivik a effectué la tournée des communautés de la Côte de l'Hudson avec l'optométriste et en a profité pour informer les patients sur les risques de complications associées au diabète.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Programme d'éducation à la sexualité

Le programme d'éducation à la sexualité est appuyé par la Commission scolaire Kativik dans toutes ses écoles. La révision et la traduction en trois langues sont maintenant complétées. L'impression du matériel est prévue à l'été 2012. La Direction de santé publique a offert les services d'une infirmière formatrice pour soutenir l'implantation du programme. La formation des conseillers pédagogiques et des travailleurs de bien-être est prévue pour l'automne 2012.

Mise-à-jour sur la prévention clinique des ITSS

Une revue des procédures de laboratoire et des lignes directrices de traitement, de la formation, des ressources, des approches individuelles et communautaires est en cours, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et les deux centres de santé. Également, le Guide des intervenants pour l'accès à du matériel d'injection stérile est maintenant complété. La consultation des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux est en cours.

Autres activités de prévention/promotion

Notons le financement, toute l'année durant, d'activités de communications à l'intention des communautés et visant à augmenter leur sensibilité à l'égard de la problématique des ITSS dans la région (ex. : Semaine des relations saines, Journée mondiale du SIDA, festivals, etc.), la distribution régionale de condoms gratuitement à différents sites (CLSC, magasins, aéroports, écoles), le développement et la distribution de matériel promotionnel culturellement approprié, etc.

Diabète

Prévention primaire et promotion de la santé dans les communautés

Pour une quatrième année, le défi « Drop the Pop » a eu lieu dans 15 des 17 écoles du Nunavik. Plusieurs projets en nutrition ont été réalisés et sept écoles ont emboîté le pas au mouvement « Zone breuvages santé » de l'école Ulluriaq de Kangiqsualujjuaq, projet initié en 2010-2011. Les projets d'activité physique quant à eux ont consisté surtout en l'achat d'équipement sportif pour les gymnases. Également plusieurs autres projets, dont celui de création de fiches de yoga pour la clientèle des garderies, ont été réalisés dans le cadre de l'acquisition de saines habitudes de vie. En octobre 2011, l'ajout d'un amendement a permis de réaliser cinq projets reliés à la sécurité alimentaire.

Un atelier de transfert de connaissances, l'activité « Inuk to Inuk », qui s'adresse aux élèves du secondaire, a été réalisé dans les communautés d'Inukjuak, de Puvirnituq, de Kangiqsualujjuaq et de Kuujjuaq. Les repas communautaires, les conférences à la radio FM et les rencontres avec les personnes atteintes de diabète se sont également très bien déroulées.

Nous avons réussi à souligner la Journée mondiale du diabète en diffusant des spots publicitaires dans les 14 stations radio du Nunavik, en distribuant dans les CLSC des bracelets et des affiches et finalement en distribuant dans toutes les cases postales des feuillets d'information sur le diabète.

La formation et le renforcement des capacités

Encore cette année, nous avons offert la possibilité aux deux infirmières attitrées au programme de prévention du diabète dans les centres de santé d'assister au congrès de l'Association Canadienne de diabète à Toronto. C'est une façon de maintenir les compétences à jour. De plus le personnel infirmier des sept CLSC de la côte de l'Hudson a reçu une formation en diabète par l'équipe de Diabète Québec, formation qui a remporté un vif succès. Ce sont 47 personnes au total qui ont été formées. Enfin, deux infirmières, l'une à Kangiqsujuaq et l'autre à Puvirnituq, ont reçu une formation de perfectionnement en soins de pieds.

La mobilisation des connaissances

Les 14 CLSC ont reçu, en décembre 2011, une trousse complète d'outils d'enseignement en diabète. La formation sur l'utilisation a été donnée par Diabète Québec sur la Côte de l'Hudson et sera poursuivie en 2012-2013 par la coordonnatrice du programme pour cinq communautés de la Côte de l'Ungava.

La municipalité de Kuujjuaq a été l'hôte de la réunion annuelle du « Inuit Diabetes Network ». Pour l'occasion, Rebecca Veevee a réalisé une performance devant plus de 200 personnes, rassemblées pour le repas communautaire composé en bonne partie d'aliments traditionnels. L'activité fut un réel succès. Le partage et le suivi du programme avec les centres de santé se sont également fait sur une base régulière.

Nutrition et sécurité alimentaire

Transition du programme Aliments-poste au programme Nutrition Nord Canada – Volet Affaires indiennes et du Nord Canada - Subventions

En mai 2010, le gouvernement du Canada a annoncé le remplacement du programme Aliments-poste en vigueur depuis plus de 40 ans par le programme Nutrition Nord Canada à compter du 1er avril 2011. Le programme Aliments-poste subventionnait le transport par avion d'aliments périssables, d'aliments non périssables et de certains produits non alimentaires essentiels. Le programme Nutrition Nord, quant à lui, subventionne la vente au détail d'aliments périssables seulement. Les aliments non périssables et non alimentaires devront être acheminés chaque année, et ce, en beaucoup plus grande quantité, par bateau dans les communautés du Nord canadien.

La Direction de santé publique et d'autres organisations régionales dont l'ARK ont alors entrepris des démarches afin de demander aux autorités gouvernementales de retarder l'entrée en vigueur du programme afin de procéder à un examen approfondi des impacts réels du nouveau programme Nutrition Nord Canada. En mars 2011, le gouvernement du Canada annonçait des changements transitoires au programme Nutrition Nord Canada ayant débuté le 1er avril 2011. En effet, la liste des produits admissibles a alors été allongée, réintégrant la majorité des aliments non périssables et des produits non alimentaires essentiels. À noter que la liste allongée annoncée en mars 2011 ne sera applicable que pendant 18 mois et que la nouvelle tarification du programme Nutrition Nord Canada prendra effet le 1er octobre 2012. La Direction de santé publique continue à travailler pour faire en sorte que ce programme soit bénéfique pour les *Nunavimmiuts* en facilitant l'accès économique à une alimentation saine.

L'agente en nutrition de la santé publique, Marie-Josée Gauthier, a été nommée en 2011 pour faire partie du Conseil consultatif externe du programme Nutrition Nord Canada et elle a continué d'assumer cette fonction en 2011-2012. L'objectif de ce conseil est de donner une voix aux régions et aux résidents du Nord, d'améliorer la transparence du nouveau programme et de fournir des renseignements et des conseils afin de guider la gestion de Nutrition Nord Canada.

Programme Nutrition Nord Canada – Volet Santé Canada – Initiatives d'éducation en nutrition

Après avoir obtenu un financement partiel en 2010-2011, le volet pour les *Initiatives d'éducation en nutrition* sous Santé Canada du Programme Nutrition Nord Canada est revenu avec un financement complet pour l'année 2011-2012. Ce volet du programme vise la sensibilisation individuelle et communautaire aux avantages d'une saine alimentation ; l'amélioration des compétences entourant le choix et la préparation d'aliments sains ; le renforcement des partenariats entre les détaillants et les communautés pour favoriser le choix d'aliments sains. Finalement, il met un accent important sur les aliments traditionnels en favorisant le partage du savoir traditionnel et des compétences entourant la récolte, la préparation et la consommation de ces aliments.

Des projets répondants aux critères de ce nouveau programme ont été réalisés tout au long de l'année tels que :

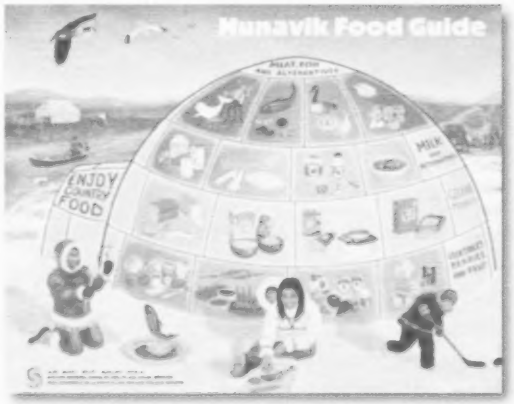
- Projet de révision et lancement du nouveau *Guide alimentaire du Nunavik* ;
- Soutien au Programme de nutrition en CPE incluant un soutien au projet de création d'un livre de recettes familial basé sur le menu du Programme de nutrition en CPE et à la formation des cuisinières en mai 2011 ;
- Soutien au Projet Lory : DVD éducatifs faisant la promotion de saines habitudes de vie combinée avec des ateliers de sensibilisation qui s'adressent aux enfants de zéro à sept ans ;
- Activités de promotion de la saine alimentation et amélioration de l'environnement alimentaire dans les magasins de deux communautés pilotes ;
- Activités d'éducation en nutrition pour différentes clientèles (jeunes d'âge scolaire, adultes, aînés) ;

- Achats d'équipements de cuisine pour les 17 écoles du Nunavik, pour la maison de la famille Ilaqitsuta de Puvirnituq, pour la maison de la famille Sungirtuivik d'Inukjuak et pour la cuisine collective d'Umiujaq ;
- Campagne promotionnelle du mois de la nutrition et de la journée des aliments traditionnels (mars 2012) ;
- Soutien pour deux stagiaires ayant effectué des activités d'éducation en nutrition dans quatre communautés à l'hiver 2012 ;
- Soutien aux activités de promotion de la saine alimentation des deux centres de santé (incluant les maisons de la famille) et soutien au démarrage d'une cuisine collective à Umiujaq ;
- Soutien aux diverses initiatives locales en promotion de la saine alimentation (activités de cuisine, repas communautaires, etc.).

Révision et lancement du nouveau *Guide alimentaire du Nunavik* 2012

Le lancement du nouveau *Guide alimentaire du Nunavik* est venu clore en beauté le mois de la nutrition 2012. La version précédente du *Guide alimentaire du Nunavik* avait été réalisée en 2005. Santé Canada ayant émis de nouvelles recommandations en nutrition et fait le lancement d'un nouveau guide alimentaire en 2007, il devenait impératif de réviser notre outil régional. Le Nunavik a des traditions alimentaires qui lui sont propres. C'est pourquoi la Direction de santé publique considère qu'il est nécessaire d'avoir un guide alimentaire spécifique à la région.

À l'automne 2010, une consultation auprès de la population et des intervenants qui utiliseront le guide a été réalisée dans trois communautés, ce qui a permis à la Direction de santé publique de produire un document de qualité qui tient compte de l'opinion et de la réalité des *Nunavimmiuts*. Un important travail de graphisme a été réalisé depuis 2011 pour mener au lancement en mars 2012.



Plusieurs outils faisant la promotion du guide ont été développés en partenariat avec l'agent de communication de la RRSSSN. En mars 2012, chaque ménage a reçu un exemplaire du guide et un aimant dans sa boîte postale. Un communiqué de presse a été publié sur le site internet de la RRSSSN et une capsule d'information a été publiée en ligne dans le *Nunatsiaq News*. Des publicités ont également été diffusées en versions papier et électronique dans le *Nunatsiaq News*. Au cours du printemps 2012, des exemplaires du guide et des outils promotionnels seront acheminés aux organisations régionales (CLSC, écoles, CPE, magasins d'alimentation, etc.). D'autres activités de communication entourant le *Guide alimentaire du Nunavik* sont planifiées en 2012-2013 (radio, journaux locaux, etc.). La Direction

de santé publique développe également un guide éducatif que nous espérons lancer à l'hiver 2013.

Programme de nutrition dans les centres de petite enfance (CPE) du Nunavik

Le programme de nutrition dans les CPE a pour but d'améliorer la santé des enfants par le biais d'une alimentation saine. Ce projet s'orchestre grâce à une collaboration entre l'ARK, le GENUP de l'Université Laval, la CSK ainsi que la RRSSSN.

Ce programme est en cours dans les CPE depuis 2004. Les enfants fréquentant les CPE mangent des repas complets et des collations nutritives incluant des aliments traditionnels et commerciaux. Les cuisinières et éducatrices reçoivent de la formation annuellement donnée par des formateurs en cuisine et nutrition de la CSK. Des activités éducatives en nutrition sont également offertes pour les jeunes. De 2006 à 2011, un volet recherche s'est joint au programme. Celui-ci a pour objectif de mieux comprendre la relation entre les contaminants environnementaux, les apports nutritionnels et le statut nutritionnel des enfants fréquentant les CPE.

La Direction de santé publique de la RRSSSN apporte son soutien à ce programme de différentes façons :

- Projet spécial des stagiaires dans quatre communautés : À l'hiver 2012, deux stagiaires supervisées par le GENUP et la Direction de santé publique du Nunavik ont réalisé un projet visant à sonder les besoins d'information des parents par rapport au Programme de nutrition et par rapport à la saine alimentation ;

- Comité de planification du programme : La Direction de santé publique est représentée sur le Comité de planification du programme de nutrition dans les CPE ;

- Présentation aux cuisinières lors de leur formation annuelle à Inukjuak sur le programme Nutrition Nord Canada pour faciliter les commandes d'aliments dans les garderies ;

- Livre de recette familiale : La Direction de santé publique a été consultée au cours du développement du livre de recette familiale basé sur le menu en CPE. De plus, elle a contribué financièrement au développement du livre en 2011-2012.

Activités éducatives en nutrition et cuisine pour les jeunes d'âge scolaire et préscolaire

Des ateliers de nutrition et d'initiation aux cuisines, inspirés du *Guide alimentaire du Nunavik*, sont offerts dans les différentes écoles et centres de la petite enfance (CPE) de la région. Ces activités ont été créées et sont animées par des stagiaires en nutrition de l'Université Laval. La nutritionniste de la RRSSSN, une nutritionniste du GENUP de l'Université Laval et la coordinatrice du Programme diabète de la RRSSSN collaborent à la réalisation de ce projet.

Au menu, on retrouve des activités de cuisine et d'éducation visant à promouvoir de saines habitudes alimentaires incluant les aliments traditionnels et les aliments commerciaux sains. Ce projet débuta au printemps 2008 et s'échelonna sur trois ans. À ce jour, les 14 villages ont été visités. Au cours de l'année 2011-2012, plusieurs activités du programme « En route vers la santé » ont été testées et adaptées dans quatre écoles du Nunavik, afin de compléter la banque d'activités validées au Nunavik. La prochaine étape de ce projet est de rassembler toutes les activités développées et testées dans la région depuis 2008 et d'en promouvoir l'intégration au sein des milieux locaux.

Projet Lory : Promotion des saines habitudes de vie pour les enfants en bas âge

En 2011-2012, la Direction de santé publique s'est impliquée et a financé la phase 1 du projet Lory. Le projet Lory comporte des DVD éducatifs faisant la promotion de saines habitudes de vie combinés avec des ateliers de sensibilisation qui s'adressent aux enfants de zéro à sept ans. Les activités du projet Lory avaient déjà été testées avec succès dans trois communautés du Nunavik ces dernières années. Ce projet est le fruit d'une collaboration entre l'ARK, la Direction de santé publique et la fondation Lory. Au cours de cette première phase, sept DVD existants ont été traduits en anglais et en inuktitut. Les vidéos et le matériel destinés aux éducateurs en garderie ont également été adaptés.

Mois de la nutrition (mars 2012) et Journée des aliments traditionnels (25 mars 2012)

Encore une fois cette année, la Direction de santé publique a sollicité plusieurs des partenaires locaux afin qu'ils organisent dans leur communauté une activité soulignant le Mois de la nutrition (mars) et la Journée des aliments traditionnels (25 mars). En vue de sensibiliser les *Nunavimmiuts* au rôle vital des aliments (sains et traditionnels) dans le maintien de leur santé physique, émotionnelle, intellectuelle et spirituelle et à l'importance de porter un regard critique sur ce qu'ils consomment, un financement de 750 $ à 1 000 $ (selon le nombre d'habitants) a été offert à chaque communauté et des outils de sensibilisation leur ont été envoyés (recettes simples à réaliser, bulletin pour le mois de la nutrition, posters et autres outils habituels). Au total, sept communautés ont organisé des activités locales (atelier d'éducation en nutrition, activités de cuisine, repas communautaires, émission et quiz à la radio locale, etc.).

Ateliers en promotion de la santé

- Maison de la famille de Puvirnituq

  En février 2012, une stagiaire en nutrition a offert des ateliers en nutrition à la maison de la famille Ilagitsuta de Puvirnituq. Ces ateliers auprès de différentes clientèles (femmes, nouvelles mamans, aînées, etc.) développés en partenariat avec les employés de la maison de la famille furent un succès et les taux de participations furent excellents.

- Cuisine collective d'Umiujaq (Club Igavik)

  En mars 2012, une stagiaire en nutrition a offert et développé des ateliers de nutrition à la cuisine collective d'Umiujaq. Elle a également offert son soutien au démarrage de ce projet.

- Ateliers de promotion de la saine alimentation en épicerie

  À l'automne 2011, la Direction de santé publique a procédé à l'embauche d'une consultante nutritionniste pour travailler sur le développement d'activités de promotion de la saine alimentation en épicerie. Deux communautés pilotes ont été retenues après consultation avec les partenaires régionaux incluant la FCNQ : Kangiqsujuaq et Puvirnituq. Dans chaque communauté, les activités en magasin ont été réalisées avec la collaboration d'un travailleur local. Deux stagiaires en nutrition se sont également impliqués dans ces activités au cours de l'hiver 2012.

- Cours de cuisine offerts par Rebecca Veevee

  Pour la deuxième année, la maison de la famille Sungirtuivik d'Inukjuak a eu l'opportunité de recevoir la vedette de la télévision Rebecca Veevee en janvier 2012 pour effectuer une semaine d'ateliers de cuisine dans la communauté, activité financée par la Direction de santé publique. Mme Veevee est un modèle très positif pour les membres de la communauté. Elle aborde les thèmes des techniques de base en cuisine, l'exploration culinaire, la santé et la cuisine économique ; le tout se déroule en inuktitut et dans l'humour. Les aliments traditionnels sont à l'honneur et occupent une place de choix dans les mets cuisinés. Cette année, la communauté de Kuujjuaq a également bénéficié de la présence de Rebecca Veevee. Celle-ci a animé une activité sur la saine alimentation à l'école Pitakallak réunissant tous les enfants et le personnel de l'école dans le gymnase. Elle a également témoigné dans certaines classes de l'école Jaanimmarik et fait une activité de cuisine avec des aliments traditionnels avec un groupe de jeunes. Ces activités furent un succès en termes de participation et d'appréciation. D'autres communautés ont déjà fait part de leur intérêt à organiser une activité semblable et la santé publique s'engage à soutenir les communautés dans la réalisation de ces ateliers.

Approche École en santé

École en santé est une approche globale et concertée pour la promotion de la santé, le bien-être et la réussite des élèves. A ce titre, plusieurs projets et initiatives ont eu lieu durant cette année scolaire et se poursuivront en 2012-2013.

Santé sexuelle

Les activités proposées pour l'année scolaire 2011-2012 en lien avec la santé sexuelle ont porté essentiellement sur la promotion des relations saines et la sensibilisation à la Journée mondiale du SIDA. Dans le but de promouvoir les relations saines, différents outils pédagogiques ont été développés par la conseillère de l'approche École en santé ainsi que l'infirmière du programme de santé sexuelle. Cette année, l'activité proposée aux écoles consistait en un projet collectif de casse-tête géant en forme de cœur visant à sensibiliser les élèves à l'importance de développer et maintenir des relations saines avec les membres de la famille, les enseignants, leurs amis ainsi que les membres de la communauté en général.

De plus, plusieurs documents ont été distribués afin d'outiller les enseignants qui ont animé la discussion entourant les relations saines.

La dernière version du programme d'éducation à la sexualité sera révisée à la fin mai afin d'apporter les dernières corrections et de vérifier les traductions. La planification de la formation qui sera présentée aux conseillers pédagogiques sera faite cet été et la formation devrait se dérouler au mois de septembre pour les intervenants de la côte d'Ungava et en octobre pour ceux de la côte d'Hudson.

Activité physique

Promotion et adaptation locale de l'outil *Ma cour : un monde de plaisir*

Les récréations sont un moment où les enfants ont la chance d'être actifs. Une pratique d'activité physique régulière est bonne plus que pour la santé physique uniquement. Une pratique fréquente et ininterrompue d'activités physiques et sportives a des impacts positifs sur la condition physique, sur l'acquisition de saines habitudes de vie, sur le bien-être psychologique et la santé mentale, sur les habiletés cognitives et la réussite scolaire ainsi que sur le développement de compétences sociales.

En continuation avec les interventions qui avaient eu lieu l'année dernière, des visites plus soutenues auprès de la communauté de Kangiqsujuaq ont été faites lors de l'hiver 2012. Les rencontres ont été animées conjointement par la conseillère de l'approche École en santé et par la kinésiologue. Une spécialiste de la récréation collaborant avec le réseau Kino-Québec, Carole Carufel, a donné le coup d'envoi et la conseillère pédagogique en éducation physique de la commission scolaire, Catherine Boivin, a participé à la présentation d'une banque de jeux s'inscrivant dans l'organisation et le déroulement des récréations. La RRSSSN a aussi contribué généreusement à l'achat de matériel en soutien aux démarches de réorganisation de la récréation. La réponse de la part de cette école a été très significative : la direction et les enseignants ont répondu à l'appel avec intérêt et des modifications ont été faites rapidement. Avant même la deuxième rencontre, des commentaires très positifs sur les propositions et leurs mises en œuvre qui avaient été suggérées conjointement par les enseignants et l'équipe régionale étaient émis.

Le soutien est un élément clé dans le succès en intervention. C'est pourquoi d'autres rencontres sont prévues à cette école au cours de la prochaine année scolaire. De plus, d'autres écoles ont manifesté leur intérêt. L'année 2012-2013 s'annonce très prometteuse pour ce dossier.

Concours École active 2011

Kino-Québec a présenté la septième édition du concours École active. Trois volets étaient proposés :

- l'aménagement, l'organisation ou l'animation d'activités physiques et sportives à l'intérieur de l'école ou dans la cour d'école ;
- la sécurité ou l'éthique dans les activités physiques et sportives ;
- une saine alimentation.

Deux bourses ont pu être distribuées auprès des écoles. Cette année, la bourse remise à l'école Asimauttaq de Kuujjuaraapik a permis à l'école de faire l'acquisition de matériel pour animer les récréations à l'intérieur sous le projet « On s'active avec respect ». La deuxième bourse a été remise à l'école Arsaniq de Kangiqsujuaq pour le projet « Initiation à la nourriture saine au primaire et au secondaire » qui a permis à chaque classe de préparer des activités reliées à la nutrition et préparer des collations santé tout au long de l'année scolaire.

Projet *Good Touch/Bad Touch*

À partir d'une initiative du service de prévention du Corps de police régional Kativik, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik a proposé un projet pilote portant sur la prévention de l'abus sexuel chez les jeunes. Nous avons lancé en 2012 une tournée dans deux communautés du Nunavik.

En compagnie de Lizzie Aloupa et de Sammy Snowball (représentants du CPRK) ainsi que des intervenants locaux et régionaux des services sociaux, de la Direction de la protection de la jeunesse et des services de santé, nous avons visité l'école Isummasaqvik de Quaqtaq pour une période de deux semaines en février 2012.

L'intervention visait à sensibiliser et éduquer les élèves de la maternelle et de la première année afin de les aider à identifier les gestes appropriés et non appropriés ou à caractère sexuel et à se protéger contre les abus et la négligence. Cela permet d'enseigner un vocabulaire approprié et adéquat pour permettre aux jeunes d'exprimer les faits.

Le but de notre intervention était également de mobiliser les intervenants locaux afin de coordonner les ressources et les interventions en vue d'éventuels dévoilements. Cela nous a

permis de présenter et d'expliquer le projet *GTBT* et de déterminer le rôle et la responsabilité de chacun des intervenants dans le cas de négligence ou d'abus.

Par la suite, les enseignants et le personnel de l'école ont été rencontrés par les intervenants locaux et l'équipe de *GTBT* afin de clarifier le rôle de chacun et d'expliquer la démarche et les étapes d'un signalement.

Des émissions de radio locale ont été animées afin d'expliquer à la population la démarche de l'équipe de *GTBT*. Différentes rencontres ont également été organisées pour les parents, les gens de la communauté et les jeunes.

La deuxième partie du projet *GTBT* pour l'année scolaire 2011-2012 se déroulera à l'école Pitakallak de Kuujjuaq. Le personnel de l'école ainsi que différents groupes communautaires locaux ont déjà été rencontrés. Les présentations aux élèves se dérouleront les 28, 29 et 30 mai.

Nous devrions poursuivre la tournée *GTBT* durant l'année scolaire 2012-2013. L'école Ulluriaq de Kangiqsualujjuaq devrait être la prochaine à présenter les ateliers à ses élèves.

Démarche pour l'implantation de la politique-cadre dans les écoles

Depuis l'année dernière, la CSK a voulu aller de l'avant pour une saine alimentation et une vie active au sein de ses écoles. La politique-cadre en matière de saine alimentation et de vie active du gouvernement du Québec a vu le jour en 2007. La CSK et la RRSSSN partagent leur part de responsabilité pour l'application de cette politique. Une liste de choix sains pour les déjeuners, collations, cantine et levées de fonds fut distribuée dans les écoles et, lorsque demandé, un suivi était effectué avec les différents établissements.

Sécurité routière

Un comité de prévention sur la sécurité routière au Nunavik concernant les véhicules hors route a été mis sur pied en collaboration avec l'ARK, le CPRK et la RRSSSN. La CSK a été invitée à se joindre au comité afin d'aider à la promotion et au développement d'activités pédagogiques qui ont été présentées aux élèves des écoles du Nunavik.

Nous avons fait parvenir aux écoles une présentation *PowerPoint*. Les enseignants et un représentant local du corps de police de Kativik étaient invités à la présenter aux élèves. Un concours de dessin a été lancé dans le cadre de cette même initiative. Le concours a été remporté par une élève de l'école Isummasaqvik de Quaqtaq. Son dessin servira à illustrer un des produits promotionnels qui sera distribué dans les 14 communautés du Nunavik.

Les sujets de promotion et de prévention seront :

- la conduite en état d'ivresse ou sous l'influence de la drogue ;
- la vitesse ;
- le nombre de passagers ;
- l'âge des conducteurs ;
- le port du casque protecteur.

La grande tournée de promotion se tiendra en 2013 et les jeunes pourront mettre en pratique leurs acquis grâce à l'activité de Go-Kart à pédales. Les élèves du groupe de cheminement particulier de l'école Ikusik de Salluit ont accepté un contrat proposé par le comité qui consiste à fabriquer des panneaux de signalisation pour le parcours de Go-Kart.

Sécurité alimentaire

Nous avons travaillé à la conception d'activités éducatives en nutrition en adaptant la trousse « En route vers la santé » ! et en développant des activités pédagogiques qui permettront aux élèves de faire des apprentissages et de mettre en pratique leurs connaissances dans le domaine de la nutrition. En plus de proposer des activités pédagogiques, ludiques et de dégustation, nous proposons des recettes simples qui permettront aux élèves de préparer eux-mêmes leurs collations santé. Ces activités seront distribuées au début de l'année scolaire 2012-2013 et seront accompagnées des outils nécessaires à la préparation des différentes recettes tels que mélangeur électrique, brochettes de bois, couteaux et planches à découper.

Club des petits déjeuners

Depuis le mois de février, les discussions ont repris entre le Club des petits déjeuners du Québec et la CSK afin de trouver une solution au problème des coûts de transport des denrées alimentaires vers le Nunavik.

Lors des deux rencontres, le coordonnateur des programmes autochtones du club, Sébastien Desaulniers, ainsi que Marc Beaulé, agent de développement de l'organisme Québec en forme, ont dit avoir entrepris des démarches auprès de certains membres de la société Makivik afin d'alléger les coûts de transport des marchandises. En raison du non renouvellement des subventions du gouvernement fédéral auprès de l'organisme CPDQ et des coûts élevés du transport aérien, les écoles Nuvviti et Kiluutaq n'ont pu démarrer le service des petits déjeuners pour l'année scolaire 2011-2012 comme prévu.

Lors de la dernière rencontre, il a été fait mention que le Club des petit déjeuners du Québec avait été rapatrié sous la bannière du Club des petits déjeuners du Canada et que cela permettrait de mieux financer les services offerts à la population du Nunavik. Nous espérons toujours trouver une solution plus économique pour la distribution des aliments et nous continuons toujours nos démarches avec Makivik.

Le Club des petits déjeuners espère pouvoir démarrer les programmes à Ivujivik et Umiujaq pour l'année scolaire 2012-2013 et ouvrir d'autres points de service dans les écoles qui ont fait une demande de soutien auprès de l'organisme. L'école Ulluriaq de Kangiqsualujjuaq est présentement sur la liste d'attente.

Cirqiniq

En collaboration avec Sonia Sauvé, coordonnatrice action sociale et service citoyenneté du Cirque du Soleil (Cirque du Monde), Véronique Dion-Roy, Catherine Boivin et Karin Kettler, conseillère en loisirs pour les arts et la culture au département des loisirs de l'ARK, nous avons discuté de la situation de Cirqiniq et de sa mise en œuvre dans les différentes communautés du Nunavik. Le Cirque du Soleil a fait parvenir aux enseignants d'éducation physique et à la santé le DVD des techniques de base en arts du cirque ainsi que le cahier d'accompagnement pour les travailleurs sociaux. Nous avons également discuté des besoins matériels des écoles pour la tenue des activités de Cirqiniq en toute sécurité. Nous sommes présentement à trouver une façon de financer l'achat de matelas pour les écoles suivantes :

- Kangiqsualujjuaq : tapis de réception ;
- Kuujjuaraapik : matelas accordéon avec attaches Velcro™ ;
- Ivujivik : matelas accordéon avec attaches Velcro™ ;
- Kangirsuk : matelas accordéon avec attaches Velcro™ (au moins six) et un tapis de réception.

Journée nationale de l'enfant

Annie Nulukie, conseillère régionale pour les services de garde aux enfants de l'ARK, travaille à la mise sur pied d'un comité qui travaillera à l'élaboration et à la mise en place des activités entourant la Journée nationale de l'enfant. Différents partenaires régionaux dont la RRSSSN et la CSK ont été approchés pour coordonner les activités qui seront organisées dans les communautés pour souligner l'événement.

Projet de développement global des jeunes enfants et CPE

La collaboration entre la Direction de santé publique et la Direction des Centres de la petite enfance (CPE) de l'Administration régionale Kativik s'est poursuivie au cours de la présente année. Deux CPE pilotes ont été rencontrés (Kangiqsujuaq et Inukjuak). Également, l'approche des deux communautés a débuté par un inventaire des ressources disponibles (*asset mapping*). Par la suite, les représentantes des deux communautés ont été rencontrées et se sont montrées très intéressées à s'impliquer dans un projet de définition d'un projet de développement global des enfants approprié à leurs spécificités respectives. Une travailleuse communautaire inuite sera embauchée au cours de la prochaine année dans le but d'accompagner les deux communautés dans leur cheminement visant à mettre en place les éléments favorisant le développement global des enfants de la communauté.

Projet SIPPE

Les deux centres de santé ont été rencontrés afin de discuter la pertinence d'implanter une approche de type SIPPE (Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance) dans une communauté pilote sur chaque côte. Le Centre de santé Inuulitsivik s'est montré intéressé à collaborer à une étude de besoins dans une communauté de l'Hudson, soit Inukjuak. La prochaine année servira à mieux définir les besoins avec les représentants de la communauté et du CLSC local, afin d'en arriver à une demande de fonds pour financement du projet via le Plan stratégique régional.

Quant au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, les représentants rencontrés préfèrent suivre la démarche qu'ils avaient déjà entreprise et ont décliné notre offre d'accompagnement dans le processus d'implantation.

Soutien financier, matériel et organisationnel aux activités communautaires

Plusieurs communautés ont reçu du soutien dans l'organisation d'activités visant à célébrer l'un ou l'autre des événements thématiques figurant au calendrier de santé publique : Journée internationale de sensibilisation pour contrer les abus envers les aînés, Journée mondiale des aînés, Semaine de prévention de la toxicomanie, Journée pour l'élimination de la violence au Nunavik, Mois de la sécurité routière, Semaine nationale sans fumée, Semaine de prévention du suicide, Semaine des relations saines au Nunavik, Journée internationale de la femme. Selon l'événement et la disponibilité des ressources, les partenaires intéressés ont reçu du soutien d'ordre financier, matériel (liste d'activités, sites internet, affiches, dépliants, capsules radiophoniques, DVD éducatifs, objets promotionnels) et/ou organisationnel, ce qui a donné lieu à de nombreuses initiatives communautaires : marches, discours publics, présentations vidéo, discussions, ateliers de sensibilisation, repas, émissions de radio, expositions, quiz, kiosques d'information, jeux interactifs.

Tout comme l'année dernière, Kino-Québec a mis à la disposition de la région 40 paires de raquettes. Cette année, deux écoles ont bénéficié de cet équipement, soit l'école Kiluutaq d'Umiujaq et l'école Arsaniq de Kangiqsujuaq.

De plus, les garderies ont eu l'opportunité de bonifier leurs équipements liés à la pratique d'activité physique. Onze garderies ont répondu à l'appel. Du matériel conventionnel a été acquis, mais la RRSSSN est aussi fière d'avoir encouragé l'emploi local à Inukjuak afin que des motoneiges miniatures en bois soient construits à l'intention des enfants.

Mai : Mois du Sport et de l'activité physique

Cette année, des bourses en soutien aux initiatives pour les activités faisant la promotion d'un mode de vie sain et actif ont été mises à la disposition des communautés, toutes organisations confondues. Plusieurs organisations—CLSC, municipalité—ont appliqué.

C'est avec un grand plaisir que la RRSSSN a soutenu l'initiative de la maison de la famille d'Inukjuak pour le « Walk-a-thon » d'une durée de trois semaines. De plus, des sessions de conditionnement physique offertes lors de cette même période ont été couronnées de succès. Du côté d'Aupaluk, c'est le CLSC qui a mis en place un club de marche où une partie importante de la population s'est impliquée. Enfin, une contribution a été faite auprès du Kuujjuaq Sport Club qui a mis en place des activités de course à pied, de vélo et de crossfit à une fréquence de trois fois par semaine et qui ont eu lieu au-delà du mois de mai.

Kiosques d'éducation à la santé

En vue d'améliorer les connaissances et de développer les aptitudes favorisant la santé des individus, les intervenants de certaines communautés ont été soutenus dans l'organisation de kiosques portant sur la promotion d'un mode de vie sain dans le cadre d'événements communautaires : ATII Taking Action (Kuujjuaq), Arpik Jam (Kuujjuaq), journées de prévention et cessation tabagique (diverses communautés). Ce soutien s'est concrétisé par le partage d'expertise, l'envoi de matériel éducatif dans les communautés et, dans certains cas, la collaboration des agentes de promotion de la santé à l'animation de kiosques.

Concours et défis régionaux faisant la promotion d'un mode de vie sain

Différents concours et défis s'adressant à la population ou à certains groupes cibles ont été organisés afin de promouvoir un mode de vie sain tout en suscitant la réflexion et la prise en charge individuelles. Selon le concours et les besoins, les participants ont reçu des outils d'accompagnement et ont été référés vers les ressources appropriées, tandis que certains d'entre eux se sont vus remettre d'importants prix soulignant leur détermination et leur talent : Défi J'Arrête, j'y gagne! (cessation tabagique), concours de cartes postales et concours de photos

(reconnaissance des aînés), concours de bannières et concours d'affiches (sécurité routière), concours de casse-tête (relations saines).

Conception et distribution de matériel éducatif aux professionnels du réseau de la santé

Afin d'outiller les professionnels du réseau de la santé dans leur pratique en promotion de la santé, du matériel éducatif portant sur diverses thématiques (principalement le tabagisme, la toxicomanie et l'agression sexuelle) leur a été envoyé sur demande : affiches, dépliants, vidéos, présentation électronique, jeu interactif, etc.

Un outil adressé aux éducatrices en garderie a été créé conjointement avec le département de la petite enfance de l'ARK. L'objectif de cet outil était de proposer du matériel encourageant les activités actives auprès des enfants âgés de deux à cinq ans dans les centres de la petite enfance (*Timiga – My body*). Inspirées par différentes trousses de matériel déjà existantes, 35 fiches représentant la vie nordique ainsi que les animaux et l'environnement ont été élaborées. En soutien aux fiches, une histoire incluant toutes les positions a été rédigée. Nous sommes très fiers de cet outil qui est très représentatif des éléments spécifiques de notre région et qui, de plus, est présenté en inuktitut.

Ce projet n'aurait pu avoir lieu sans la collaboration extraordinaire des quatre enfants qui ont performé devant la caméra. Nous tenons à remercier les parents ainsi que le CPE Iqitauvik de Kuujjuaq pour leur ouverture envers ce projet. Un lancement non officiel a eu lieu auprès de l'ensemble des directions des CPE en mars et la réponse de leur part a été plus que positive. La distribution devrait être faite au cours du mois de mai 2012 dans chacun des CPE.

Une deuxième phase est présentement en préparation. Elle s'adressera aux enfants de zéro à deux ans. La forme et la présentation ne sont pas encore déterminées. La phase 2 sera un projet à surveiller en 2012-2013.

Participation aux comités de travail

Dans l'optique de renforcer la concertation en matière de santé et de bien-être, de développer une vision commune de la promotion de la santé et de rendre possible la mise sur pied de projets d'envergure, les agentes de promotion de la santé ont coordonné et/ou participé à différents comités de travail au cours de la dernière année : comité de prévention du Nunavik pour les véhicules hors route, comité régional pour l'élimination de la violence au Nunavik, comité de travail en prévention du suicide, comité régional de prévention des abus sexuels.

Volet psychosocial

Campagnes de communication sur divers enjeux psychosociaux

Diverses campagnes de communication ont circulé au cours de la dernière année pour sensibiliser la population aux enjeux psychosociaux : reconnaissance des aînés, reconnaissance des femmes, élimination de la violence, promotion des relations saines, prévention des abus sexuels, prévention du suicide, prévention du tabagisme, prévention de la conduite avec facultés affaiblies. Selon les campagnes, les messages ont été diffusés aux niveaux local, régional et/ou national par le biais de divers médias : publipostage (dépliants, lettres), présentoir, journal, internet (réseaux sociaux, courriel, sites), affichage (écrans électroniques, affiches imprimées), téléphone, articles promotionnels (aimants, vignettes), radio (entrevues, tribunes), soirée d'information.

Ateliers de prévention des agressions sexuelles envers les enfants

Au cours de la dernière année, une démarche de planification, d'implantation et d'évaluation du programme *Good Touch/Bad Touch* a été initiée dans deux communautés (Kuujjuaq et Quaqtaq) à titre de projet pilote. Ce programme consiste à prévenir les agressions sexuelles envers les enfants par le biais d'une série de trois ateliers de 30 à 45 minutes offerts en classe aux élèves du préscolaire et du primaire. Au terme des ateliers, les élèves ont reçu des outils éducatifs (chandails, oursons, livres d'histoire, cahiers à colorier, affiches) en vue du renforcement des enseignements par le milieu familial. À ce jour, un atelier a été animé auprès des élèves de l'école Pitakallak (maternelle à 3e année) et trois ateliers ont été animés auprès des élèves de l'école Isummasaqvik (maternelle et 1re année). Le déploiement du programme dans les autres communautés est prévu tout au long de la prochaine année.

Prévention de l'alcoolisation fœtale

Les activités réalisées eu égard à la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) sont regroupées en quelques objectifs :

- Planifier les travaux selon le modèle PRECEDE ;
- Comprendre la situation culturelle et sociale concernant l'alcoolisation fœtale, l'historique de ce dossier au Nunavik, les perceptions des intervenants et les aspirations des communautés ;
- Comprendre les services de santé, sociaux et communautaires relatifs à la prévention de l'alcoolisation fœtale au Nunavik (l'offre, l'organisation, les éléments facilitants et les barrières) ;
- Réaliser un état de situation sur le SAF, ses effets, son évolution et les facteurs causaux et associés au Nunavik ;
- Inventorier les meilleures pratiques relatives à la prévention du SAF susceptibles d'être appliquées au Nunavik et leurs conditions d'implantation ;
- Comprendre les enjeux de l'adaptation culturelle d'une meilleure pratique à la culture inuite ;

- Comprendre la consommation d'alcool au Nunavik, en particulier chez les femmes en vue de cerner les comportements à modifier par l'intervention préventive.

Parmi les activités réalisées ou amorcées, citons :

- l'analyse des besoins relatifs au SAF perçus par les intervenants de 1re ligne inuits et non inuits interviewés (questionnaire) par des membres du Comité de travail sur le SAF au début de 2012 ;
- la participation aux réunions du Comité de travail sur le SAF de la RRSSSN (aux six semaines) et travaux afférents (discussions, recherches, lectures, correspondances et présentations) ;
- l'étude de documents et entretiens semi dirigés de personnes clé : a) dispensateurs de services de 1re ligne (santé/sociaux/éducation/WW) et b) professionnels de la RRSSSN ;
- l'étude des données d'enquêtes épidémiologiques et résultats de recherches sur la prévalence du SAF dans les pays occidentaux et en milieux autochtones/inuits ; contacts avec chercheurs et agents de recherche au besoin (ex : Gina Muckle) et revue de littérature scientifique sur les effets de l'alcool sur le fœtus ;
- la revue et l'analyse de la littérature scientifique basée sur les données probantes, des guides de pratiques et des documents de références autochtones et inuits sur la prévention de l'alcoolisation fœtale, le diagnostic et les interventions précoces efficaces chez les enfants exposés.

Réseautage et promotion des ressources

En vue d'un meilleure arrimage entre les services et d'une plus grande collaboration entre les intervenants desservant des clientèles communes, des rencontres d'échange sur les rôles et mandats de chacun ont été organisées avec les partenaires locaux et régionaux (municipalités, centres de santé, Administration régionale Kativik, Commission scolaire Kativik, corps de police régional, etc.) : rencontre avec les intervenants de Quaqtaq (infirmier, travailleuses sociales, intervenant de la protection de la jeunesse, policier, personnel scolaire) sur l'intervention en cas d'abus sexuel, rencontres avec les directeurs et le personnel scolaires sur les activités, programmes et services disponibles en santé publique. De plus, afin de promouvoir les services d'aide psychosociale de la région, la carte des ressources a été mise à jour et distribuée aux intervenants et à la population.

Connaissance – Surveillance – Information

Surveillance MADO et vigie

Différentes activités sont menées dont certaines sur une base continue (comme par exemple la surveillance passive). Les principales activités sont :

- saisie continue (au fur et à mesure que les cas sont télécopiés à la DSP) des cas déclarés de maladies à déclaration obligatoire, ITSS et non ITSS ;
- production de tableaux sommaires présentant la distribution des MADO sur une base trimestrielle ou annuelle ;
- production de tableaux ou graphiques présentant l'évolution dans le temps de certaines MADO (chlamydiose génitale, infection gonococcique, tuberculose) ;
- réalisation de produits spécifiques pour les activités de prévention/promotion/éducation sur les ITSS (travail de collaboration avec l'infirmière responsable des ITSS à la Santé publique et les autres infirmières en santé communautaire des centres de santé Tulattavik et Inuulitsivik) ;
- mise à jour des données sur les cas déclarés de l'infection gonococcique pour les décideurs (médecin responsable des maladies infectieuses, directeur de santé publique, assemblée des directeurs) ;
- extraction et analyse des banques de données MedEcho et mortalité ;
- validation et collecte d'informations pertinentes pour une mise à jour de la banque de données régionales sur le diabète ;
- exploitation des données de l'infocentre et production de données diverses : nombre et distribution des causes d'hospitalisation ou de mortalité, etc. ;
- préparation des données populationnelles et de couverture vaccinale, surveillance des syndromes d'allure grippale (SAG).

De plus, divers produits de surveillance ont été préparés pour soutenir les exercices de planification aux niveaux régional (planification stratégique, projet clinique, plan directeur des ressources informationnelles, etc.) et local. Il s'agit, entre autres, de données populationnelles ou issues de banques de données administratives telles que MedEcho, mortalité, naissances, MADO, etc.

Plan régional de surveillance de l'état de santé

En collaboration avec l'INSPQ, la DSP a travaillé à la préparation du premier fascicule du portrait régional de santé qui concerne les indicateurs sociodémographiques. Ce fascicule intègre différents indicateurs permettant de comparer les caractéristiques sociodémographiques du Nunavik avec celles du reste du Québec et des autres régions inuites du Canada. La version finale devrait être disponible à l'automne 2011. Même si la production de ce fascicule a pris du retard, le processus d'impression des documents est lancé et les versions électroniques seront mises en ligne.

C'est le premier d'une série de cinq fascicules décrivant les thématiques suivantes : les conditions sociodémographiques, les comportements et habitudes de vie, la santé des mères et des tout-petits, les milieux de vie et l'état de santé globale. Les calculs des indicateurs des deux premiers fascicules sont finalisés et ceux du fascicule sur la santé des mères et des tout-petits sont à un stade avancé. Les indicateurs sur les habitudes de vie ont été produits et mis à la disposition des intervenants en promotion/prévention.

Autres activités

- Activités de soutien à la formation en santé publique des agents de la Direction de santé publique du Nunavik
- Soutien aux différents étudiants impliqués dans divers projets de recherche au Nunavik
- Extraction et compilation des données pour divers partenaires locaux et régionaux, en réponse aux demandes ad hoc

Recherche et évaluation

Comme par les années passées, la Direction de santé publique a participé activement à plusieurs projets de recherche, notamment dans le domaine de la nutrition, des contaminants et des maladies infectieuses.

Parmi les projets dignes de mention, nous retenons :

- le projet de recherche sur le développement des enfants et adolescents du Nunavik : au cours de la dernière année, la DSP a collaboré étroitement avec l'équipe de chercheurs pour en tirer les conclusions appropriées et développer les messages appropriés pour les décideurs régionaux et la population du Nunavik. Les activités de communication ont eu lieu à l'automne 2011. Une des recommandations majeures issues de cette recherche fut à l'effet de recommander aux femmes enceintes et celles en âge de procréer de limiter, voire discontinuer, leur consommation de viande de béluga, en raison de sa forte teneur en mercure et du risque associé d'effets négatifs chez les enfants, notamment au niveau de leur développement intellectuel et de leur comportement. Également, d'autres facteurs ont été identifiés comme ayant une influence sur le développement de l'enfant, tantôt positive, tantôt négative. Les activités de transfert de connaissances et de promotion des bons facteurs sont toujours en cours ;

- un projet de recherche sur l'insécurité alimentaire à partir de la perspective des Inuits du Nunavik : la Direction de santé publique a collaboré à l'étude sur les perceptions de la sécurité alimentaire de la perspective des Inuit du Nunavik réalisée par une étudiante à la maîtrise en santé communautaire de l'Université Laval. Un soutien financier a été apporté à ce projet. De plus, l'agente en nutrition de la DSP fait partie du comité d'orientation du projet ;

- le projet de surveillance des contaminants environnementaux chez les femmes enceintes du Nunavik : la DSP collabore avec le Centre de Recherche du CHUQ dans ce programme de surveillance. La santé publique procure un soutien financier au projet afin que certaines analyses importantes à la surveillance de l'état de santé des femmes enceintes et de leurs futurs nouveau-nés soient incluses dans ce programme de surveillance sur les contaminants ;

- le projet d'étude de l'impact des infections dues au virus respiratoire syncytial sur la santé respiratoire des jeunes enfants du Nunavik : l'analyse des données régionales a permis d'émettre des recommandations sur l'utilisation d'un agent prophylactique (Synagis) mieux adaptée à la réalité épidémiologique de la région ;

- la recherche sur l'éventail des services disponibles dans la région relatifs à la problématique du VIH : sous la direction du Dr Paul Brassard et en collaboration avec les deux centres de santé, l'éventail des services au sein de la région a été établi, ce qui nous permettra de développer en 2012-2013 un guide de dépistage, de traitement et de suivi pour les infections à VIH ;

- la finalisation de la recherche sur le développement d'outils culturellement adaptés pour prévenir les infections transmissibles sexuellement et par le sang au Nunavik : grâce à la collaboration de jeunes du Nunavik, un nouveau logo représentant la santé sexuelle a été dessiné et distribué selon différents moyens. De plus, le premier d'une série de cinq posters culturellement appropriés a été lancé.

Perspectives pour l'année 2012-2013

Du point de vue de la planification des activités de la DSP, l'année 2012-2013 verra la finalisation de la révision du plan d'action régional de santé publique (PAR). Profitant de cette occasion, nous entreprendrons une consultation des différents acteurs régionaux et locaux interpelés par le PAR pour définir avec eux les collaborations attendues. De façon évidente, nos partenaires majeurs dans cette initiative seront les deux centres de santé. Nous prévoyons donc les rencontrer à quelques reprises pour peaufiner notre PAR et les soutenir dans le développement de leur Plan d'action local de santé publique.

Également, nous avons jeté les bases de notre développement futur, axé sur les interventions favorisant le développement des communautés. Pour ce faire, nous anticipons développer le réseau de santé publique au niveau local et sous-régional, pour être plus près de la réalité vécue par la population. Nous participons au développement du réseau des comités de bien-être au sein des communautés. Nous anticipons également le développement du réseau des agents de santé communautaire au sein de chaque communauté. Ces deux entités doivent être en lien étroit avec le réseau de la santé et des services sociaux et permettre aux communautés de faire connaître leurs besoins et de mieux s'impliquer dans la définition des solutions.

L'alimentation constituera sans contredit une priorité régionale. Suite à la publication des résultats de la recherche sur les effets des contaminants sur la santé des enfants, nous profiterons de l'occasion pour jeter les bases d'une collaboration future avec nos principaux partenaires régionaux afin de définir une politique alimentaire régionale, adaptée à la réalité du Nunavik. Plusieurs aspects devront être pris en compte : sécurité des aliments traditionnels,

approvisionnement suffisant des communautés, recrudescence des cas de diabète, coût de la vie au Nunavik, etc.

Le projet de développement global de l'enfant en lien avec les CPE et le projet SIPPE feront l'objet d'une intensification des activités et d'une plus grande implication de la Direction de santé publique. Ces deux projets nécessiteront la mobilisation des communautés pour créer les conditions favorables et permanentes au développement optimal des enfants.

Bien entendu, la DSP continuera d'assurer la couverture de ses différents mandats tel que prescrit par la *Loi sur la santé publique*. Cependant, quelques initiatives dont les bases ont été jetées au cours de l'année 2011-2012 orienteront fortement les actions de la direction pour les prochaines années. Citons notamment la progression des travaux de planification du projet Écoles en santé et le projet d'intervention multifactoriel en milieu de garde. Ces projets permettent d'agir sur une multitude de facteurs en profitant de l'effet de synergie des interventions.

Direction des valeurs et pratiques inuites

Mot de la directrice

En 2011-2012, notre direction a pu travailler sur un nombre de dossiers grâce aux efforts d'une équipe solide. Nous avons embauché quatre nouveaux employés qui travailleront sur le Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens. À la fin de l'exercice, le coordonnateur et les travailleurs du programme ont visité les 14 communautés afin d'informer les anciens élèves du Nunavik concernant le Processus d'évaluation indépendant (PEI), dont l'échéancier est le 19 septembre 2012. Le PEI est la seule façon pour un ancien élève de demander une compensation pour un cas d'abus sexuel ou physique à moins d'avoir exercé l'option de refus relativement à la convention de règlement. Le mandat du Secrétariat de règlement des contestations est d'implanter et de gérer le PEI sous la direction de l'arbitre en chef de façon indépendante, objective et impartiale.

Je voudrais remercier le Secrétariat de règlement des contestations, la société Makivik et Santé Canada de leur soutien à la RRSSSN pour informer et aider les anciens élèves dans le PEI.

J'anticipe la poursuite de nos travaux dans le prochain exercice. Ici je voudrais remercier le conseil d'administration de la RRSSSN de son soutien au mandat et objectifs de la Direction des valeurs et pratiques inuites.

Jennifer Watkins

Sages-femmes

Le Nunavik compte quatre maisons des naissances, trois sur la côte d'Hudson—Inukjuak, Puvirnituq et Salluit—et la quatrième sur la côte d'Ungava, à Kuujjuaq.

En 2011-2012, l'Ungava a enregistré 80 naissances, l'Hudson, 125.

En l'été 2011, le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava a commencé la construction de son nouveau transit. Une résolution fut adoptée par le conseil d'administration en l'été 2010 pour la rénovation et la transformation de l'ancien transit en une nouvelle maternité pour la côte de l'Ungava et, une fois les travaux terminés, le programme d'éducation pour sages-femmes aura plus d'espace de bureau.

Le groupe de travail des sages-femmes planifie des rencontres en personne dans les mois à venir.

Certaines sages-femmes ont terminé leur programme d'études et seront officiellement acceptées par l'Ordre des sages-femmes du Québec. Brenda Epoo travaille avec Jenny Stoner et Vicky Van Wagner sur le projet d'équivalence. Elles ont envoyé une copie aux deux maternités (Hudson et Ungava) pour avoir leurs commentaires et opinions avant de rédiger la version finale, laquelle sera distribuée et implantée dans les maternités dans un avenir rapproché.

Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens

En 2011-2012, la Direction des valeurs et pratiques inuites a embauché trois travailleurs en soutien affectif et un coordonnateur pour le dossier des pensionnats indiens. Comme notre direction est responsable de ce dossier, des membres de notre personnel ont assisté à un événement de la Commission de témoignage et de réconciliation (CTR) en octobre à Nouvelle-Écosse avec des anciens élèves du Nunavik et ont récemment visité les communautés afin d'informer les anciens élèves concernant le PEI, dont l'échéancier est le 19 septembre 2012.

La Direction des valeurs et pratiques inuites poursuit sa collaboration avec Santé Canada afin d'appuyer le Programme de soutien affectif pour les anciens élèves dans les 14 communautés. Le mandat des travailleurs de ce programme est d'offrir un soutien affectif aux anciens élèves de pensionnats et à leur famille, et surtout à ceux qui entreprendront le PEI dans les mois à venir.

Adoption traditionnelle

Le groupe de travail québécois sur l'adoption traditionnelle, mise sur pied par le ministère de la Justice et le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de recommander des solutions à la non inclusion actuelle de pratiques d'adoption traditionnelle dans les lois provinciales, publiera bientôt son rapport. Au courant des dernières semaines, nous avons été informés que le projet de loi sur l'adoption ne sera pas déposé à la séance du printemps ; toutefois, le ministre de la Justice a ensuite décidé de le faire déposer avant la fin de la séance. Le projet de loi modifie le processus statutaire d'adoption, mais il introduit également des dispositions reconnaissant les pratiques d'adoption traditionnelle qui modifient l'état civil des parties à l'adoption (la descendance est transférée des parents biologiques aux parents adoptifs). Ainsi, les amendements seront applicables à l'adoption traditionnelle inuite. Les Inuits attendaient le règlement de ce dossier depuis longtemps et nous sommes fiers de partager les nouvelles.

Grandir ensemble

Grandir ensemble est un programme fédéral qui octroie du financement à toutes les communautés du Nunavik selon le nombre d'habitants. Un total de 68 projets a été approuvé et achevé cette année (deux communautés n'ont présenté aucun projet).

Le tableau suivant présente le montant disponible à chaque communauté au début de l'exercice 2011-12 ainsi que le montant dépensé.

Communauté	Montant disponible	Montant dépensé
AKULIVIK	**48 272 $**	**74 877,16 $**
AUPALUK	**29 308 $**	**23 000,00 $**
INUKJUAK	**104 302 $**	**124 190,25 $**
IVUJIVIK	**38 790 $**	**75 660,02 $**
KANGIQSUALUJJUAQ	**66 374 $**	**100 474,00 $**
KANGIQSUJJUAQ	**50 858 $**	**69 390,00 $**
KANGIRSUK	**48 272 $**	**23 100,00 $**
KUUJJUAQ	**118 956 $**	**236 604,03 $**
KUUJJUARAAPIK	**55 168 $**	**0,00 $**
PUVIRNITUQ	**106 026 $**	**69 075,00 $**
QUAQTAQ	**37 066 $**	**9 600,00 $**

SALLUIT	**88 786 $**	**97 411,37 $**
TASIUJAQ	**31 894 $**	**0,00 $**
UMIUJAQ	**37 928 $**	**30 892,00 $**
PROJETS RÉGIONAUX	**35 000 $**	**0,00 $**
TOTAL	**895 271 $**	**930 271,00 $**

Comme on voit dans le tableau, certaines communautés ont dépensé un montant supérieur à ce qui leur a été octroyé au début. Ceci s'explique par le fait qu'après le 15 janvier de chaque année, toute somme non dépensée dans le programme est transférée à un fonds régional pour distribution aux communautés qui font la demande. Le but est d'assurer que tout financement du programme est dépensé chaque année.

Afin d'être approuvé, chaque projet doit porter sur au moins un des thèmes suivants :

- santé mentale ;
- bébés en santé ;
- prévention des traumatismes ;
- développement des enfants ;
- habiletés parentales.

Tout projet soumis doit être accompagné d'une résolution de la municipalité indiquant que le projet a le soutien de la communauté. De plus, nous essayons de maintenir une composante culturelle dans les projets approuvés, quoique les projets réalisés au Nunavik varient grandement au niveau des thèmes abordés. Notre but est d'offrir aux jeunes suffisamment d'occasions d'explorer différentes activités au niveau communautaire dans le cadre du programme Grandir ensemble, des occasions qu'ils n'auraient pas autrement. Nous tentons également d'aider les familles dans toutes les communautés à créer un milieu de vie sain.

Voici quelques exemples de projets réalisés au courant de 2011-2012 :

- camp d'été *Proud Reunions* ;
- projet de livre sur les bébés ;
- cours de broderie ;
- cours de perlage ;
- cours de couture ;
- cours de cuisine culturelle ;
- programme de collations et de déjeuners santé ;
- activités sportives au niveau communautaire et régional ;

- sorties culturelles ;
- excursions en traîneau à chiens ;
- etc.

Encore une fois, cette année tout financement du programme Grandir ensemble fut dépensé et plusieurs projets intéressants créés pour nos jeunes.

Comités de bien-être

Les comités de bien-être sont composés de membres de chaque communauté et sont mandatés d'identifier les besoins en termes de bien-être et les problèmes de leur communauté respective ainsi que de trouver des solutions à ces problèmes. À cet effet, chaque comité :

- sert de liaison entre les services de santé et de bien-être et la communauté ;
- identifie les besoins en termes de santé et de bien-être ainsi que les problèmes de la communauté ;
- consulte la population et les organismes afin de trouver des moyens de répondre aux besoins et de résoudre les problèmes ;
- participe aux projets visant à améliorer la santé et le bien-être communautaires ;
- informe la population concernant la santé et le bien-être en général ;
- aide à établir des collaborations entre la communauté et des organismes locaux ou de l'extérieur susceptibles de résoudre les problèmes de la communauté.

Cette année, les communautés suivantes avaient un comité de bien-être : Aupaluk, Kuujjuaq, Salluit, Kangiqsujuaq, Inukjuak, Quaqtaq, Akulivik, Kuujjuaraapik, Umiujaq et Kangiqsualujjuaq. Celles qui n'ont toujours pas de comité sont au courant de la composition et du mandat de ces comités ; des efforts se poursuivent afin de les aider à en établir un.

Autant que possible, le comité devrait comprendre au moins sept membres qui sont interpellés par le bien-être de leur communauté et qui sont respectés et acceptés par la communauté. Ces membres doivent également faire preuve d'un bon leadership.

Ces comités sont mis sur pied selon une des méthodes suivantes : une élection est tenue dans la communauté ; les membres sont nommés par divers organismes au sein de la communauté ; les membres intéressés de la communauté expriment leur désir de devenir membre du comité.

Une fois le comité mis sur pied, un versement de 25 000 $ par année est transféré à la communauté. Ensemble, le comité et la municipalité déterminent l'utilisation des fonds.

Un rapport financier et un rapport d'activités sont exigés pour le 31 mars de chaque année. La municipalité est responsable de tout déficit encouru par son comité de bien-être.

Voici quelques exemples de projets réalisés par les comités :

- projet « I Care We Care » ;
- centre de bien-être de Kuujjuaq ;
- Journée autochtone ;
- centres de dons (nourriture et vêtements).

Nous espérons que les quatre communautés n'ayant toujours pas de comité de bien-être en établiront un dans un avenir rapproché.

Direction des services administratifs

Mot du directeur

L'exercice a débuté avec une ébauche du premier plan d'action annuel du Plan régional stratégique 2009-2016. Ce plan d'action servira de modèle pour les années qui suivent, et ce jusqu'à la fin de l'entente. Avec cette approche, l'ensemble des besoins en ressources humaines et financières et en immobilisations (équipements et construction) seront documentés. Peu après sa présentation, le MSSS a autorisé pour la régie régionale un budget récurrent supplémentaire de 6,9 millions $ annualisé à 9,2 millions $ pour appuyer le développement de services de santé et de services sociaux pour les *Nunavimmiuts*.

Parmi nos réalisations en 2011-2012, notons :

- la création d'un comité de construction pour des projets d'immobilisations afin d'assurer un suivi adéquat au processus et à la gestion de chaque projet. Le comité fournit des recommandations au conseil d'administration selon chaque étape du projet ;
- la construction de 70 unités de logement pour appuyer le processus de recrutement selon le plan d'action ;
- l'achèvement du plan fonctionnel et technique (PFT) pour un nouveau bureau pour la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), y compris l'embauche de professionnels pour élaborer un concept ;
- en collaboration avec les centres de santé, l'évaluation du besoin d'un nouveau centre de réadaptation pour filles âgées de 12 à 18 ans à Inukjuak, à être achevé en 2013 ;
- des visites à différentes installations dans le sud du Québec, à Louvicourt, à Trois-Pistoles, à Longueuil et à Shawinigan. Le but de ces visites était d'observer les tendances et d'optimiser la planification du projet de construction ;
- des visites aux communautés afin d'évaluer l'état des bâtiments et la fonctionnalité des CLSC ;
- une mise à niveau importante au réseau de télécommunication, en collaboration avec l'ARK, le CSPQ, Sogique et le MSSS ;
- une collaboration entre le Bureau régional de gestion de projets et les centres de santé.

Au courant de l'année, des efforts importants ont été consacrés afin de respecter le cadre financier du Plan régional stratégique ainsi que l'entente signée avec le MSSS en février 2011. Grâce à du bon travail d'équipe, la Direction des services administratifs a terminé l'exercice en équilibre budgétaire, tel que stipulé dans le cadre financier, et nous anticipons un nouvel exercice rempli de réalisations.

Silas Watt

Ressources financières

BUDGET RÉGIONAL (MSSS)

Le MSSS a autorisé des dépenses au montant de 140 millions $ pour la région pour 2011-2012, excluant les fonds d'immobilisations. Pour l'exercice 2011-2012, le MSSS a augmenté le budget régional d'un montant de 9,2 millions $ pour le plan d'action annuel à l'intérieur du processus de planification régionale stratégique. Cette année, les deux centres de santé ont terminé l'exercice en équilibre budgétaire.

Le budget régional a été distribué comme suite :

ALLOCATIONS 2010-2011	Millions $
ÉTABLISSEMENTS	
Centre de santé Inuulitsivik	58,8
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	42,0
FONDS ASSIGNÉS, RRSSSN	
Services de santé assurés/non assurés	20,1
Autres	6,2
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	
Centres jeunesse	1,7
Autres	2,6
Réserve : projets spéciaux encore non réalisés	8,6
TOTAL DES TRANSFERTS	**140**

Budget de fonctionnement de la RRSSSN

La Direction des services administratifs prête une expertise en matières financières aux autres directions : Direction générale, Direction des valeurs et pratiques inuites, Direction de la Planification et de la Programmation, Direction de la santé publique et Direction des services hors région. Durant l'année, la Direction des finances a géré les fonds suivants :

Fonds de fonctionnement et fonds assignés

Le MSSS a alloué un budget de 7,2 millions $ pour le fonctionnement de la RRSSSN. La RRSSSN a également reçu un montant de 1,4 millions $ de d'autres sources, notamment des ententes de contribution. En plus de son budget de fonctionnement, la RRSSSN a reçu et géré 27,7 millions $ en fonds assignés pour des activités spécifiques. Ces fonds assignés proviennent de deux sources : le MSSS (direct) et l'enveloppe régionale.

Fonds d'immobilisations

La RRSSSN a également transféré un montant de 10,5 millions $ pour différents projets d'immobilisations tels le remplacement d'équipements, l'entretien et les rénovations de son édifice et l'achat des équipements médicaux.

Fonds assignés fédéraux et de ITK

Le gouvernement fédéral et Inuit Tapiriit Kanatami ont fourni des montants totalisant 7,4 millions $. Contrairement au cas des fonds assignés provinciaux, les ententes de contribution avec ces deux instances sont établies sur une base annuelle. À la fin de l'exercice, ils récupèrent tout solde non dépensé durant l'année.

Santé Canada	**$**
Initiative de diabète autochtone	676 399
Grandir ensemble	1 203 893
Soins à domicile et en milieu communautaire	2 110 110
Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale	351 762
Gestion de crise en santé mentale	870 719
Programme de nutrition prénatal	296 196
Stratégie de prévention du suicide	86 000
Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone	204 280
Dossier pensionnats	467 692
Nutrition Nord Canada	496 858
Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme	131 725
Affaires indiennes et du Nord	
Violence familiale	169 200
Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord	194 418
ITK	

Coordonnateur régional d'engagements (terminé pour 12-13)	173 000
Total des subventions	**7 432 252 $**

Immobilisations et équipements

Projet de logement

La RRSSSN a participé à plusieurs projets locaux et régionaux en 2011-2012. L'un des plus importants fut la construction de 70 unités de logement pour le personnel. Les besoins en termes de logement grandissent avec la demande accrue de services de santé et de services sociaux et l'augmentation afférente au niveau du personnel. Une décision fut prise afin de construire 17 quadruplex et une unité jumelée. Dans les communautés d'Inukjuak, de Puvirnituq et de Kuujjuaq, la construction a commencé tard en 2011 ; à Aupaluk, Salluit et Kuujjuaraapik, les travaux débuteront en juillet 2012.

Centres de santé : projets d'installations

Afin d'améliorer les infrastructures régionales, des projets à grande échelle ont été élaborés.

Le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava a un nouveau transit pour patients ; localisé près de l'hôpital, le transit facilite l'accès pour les patients. Les projets du centre pour l'été 2012 comprennent l'agrandissement de son garage pour ambulances, une nouvelle morgue et davantage de locaux à bureaux. Le coût final estimé pour ces travaux monte à moins de 4 500 000 $. Un nouveau CLSC est dans les plans pour Aupaluk.

Pour le Centre de santé Inuulitsivik, le processus a commencé pour la construction d'un nouvel édifice pour la Direction de la protection de la jeunesse à Puvirnituq à un coût d'environ 12 000 000 $. De plus, le plan fonctionnel et technique (PFT) est en cours pour un centre de réadaptation à Inukjuak.

Un comité de construction fut mise sur pied afin d'assurer la continuité et le suivi de ces projets d'immobilisation.

Plan triennal de conservation et de fonctionnalité

La RRSSSN a finalisé le budget pour le nouveau plan triennal (2012-2015) de conservation et de fonctionnalité pour la région. Une plus étroite collaboration avec les deux centres de santé du Nunavik nous a permis de leur fournir davantage d'informations ainsi que des budgets nécessaires à la réalisation de la plupart de leurs projets.

Pour la RRSSSN et les deux centres de santé, plusieurs mises à niveau aux édifices actuels sont planifiées pour 2012. Ces trois organismes travaillent présentement sur les nouveaux développements sur le territoire selon le Plan régional stratégique actuel.

Ressources humaines

Le registre de postes de la Régie régionale de la santé et services sociaux Nunavik a connu très peu de changement en cette année 2011-2012 si ce n'est que l'ajout de trois postes temporaires à temps complet à la Direction des valeurs et pratiques inuites et du poste de conseiller en ressources humaines à la Direction des services administratifs qui fut ajouté en août 2011, plutôt que d'être sous-traité.

Encore une fois cette année, la majeure partie du temps en gestion de ressources humaines fut consacrée à appuyer les différentes directions de la régie à se doter d'un personnel compétent. Ainsi nous avons recruté et embauché :

Direction générale

- Directeur général par intérim pour couvrir le remplacement de Jeannie May en congé de maternité, d'abord remplacé par Larry Watt et ensuite par Gilles Boulet
- Secrétaire de direction—qui n'est pas encore comblé—suite au déplacement de Suzanne Bettez à la Planification et programmation en fin mars 2012

Direction des services administratifs

- Agent de la gestion financière : suite à la promotion de Dany Gagnon comme chef des ressources financières, nous avons embauché Souleye Ndiaye en mai 2011
- Agent de la gestion financière : suite au départ à la retraite de Stella Miner, nous avons embauché Denis Beauregard en janvier 2011
- Préposée à l'entretien ménager : en janvier 2012, nous avons embauché Emma Saunders ainsi que Monica Gordon Watt
- Technicienne en administration, volet secrétariat de direction : Francine Lambert a changé de direction en janvier 2012 pour combler le poste laissé vacant

Direction des services hors région

- Agent aux S.A.N.A. : suite au départ de Janie Paquet, nous avons embauché Lyse Perron en décembre 2011

Direction des valeurs et pratiques inuites

- Quatre nouveaux postes temporaires à temps complet au programme des pensionnats : comblés par Mary Mesher (coordonnatrice, octobre 2011), Eva Lapage (travailleuse communautaire, octobre 2011), Martha Greig (travailleuse communautaire, octobre 2011) et Louisa Brown (travailleuse communautaire, février 2012)

Direction de la planification et de la programmation

- Directeur de la planification et de la programmation : suite au départ de Claude Bouffard, qui assurait l'intérim, Jean-Claude Leclerc fut embauché en mai 2011
- Conseiller aux programmes enfance, famille, jeunesse : embauche de Diane Belec en juin 2012, et suite à son départ, promotion de George Delatolla en février 2012
- Conseillère aux programmes adultes et services spécifiques : suite au congé sans solde de Jean-François Richard, Andrée-Anne Provençal fut promue en février 2012 et occupera ses fonctions sous peu
- Conseillère aux affaires médicales : en remplacement du congé maternité et parental de Geneviève Morin, nous avons réembauché Martine Boudreau en août 2011
- Agente aux programmes en prévention du suicide : en remplacement du congé de maternité et parental de Andrée-Anne Provençal, nous avons embauché Véronique Paradis en juillet 2011
- Agente aux programmes enfance, famille, jeunesse : nous avons embauché Karine Lussier en juillet 2011
- Agent-e aux programmes enfance, famille, jeunesse : le poste laissé vacant par Janet Sarmiento est toujours vacant
- Agent-e aux organismes communautaires : le poste laissé vacant par la promotion de M. Delatolla n'était pas comblé au 31 mars 2012
- Agent-e aux projets cliniques : le poste laissé vacant par le départ en congé parental de Philippe Alexandre Bourgouin ne fut pas affiché
- Technicien en administration (secrétariat de direction) : poste laissé vacant par Francine Lambert qui est détentrice d'un même poste aux services administratifs a été comblé par Suzanne Bettez en fin mars 2011
- Agente aux affaires médicales : comblé par Annie-Claude Houle en février 2011
- Agente aux programmes de dépendance : le poste laissé vacant par Jennifer Lapage a été comblé par Roda Grey en octobre 2011

Direction de la santé publique

- Agente aux programmes de nutrition : en remplacement du congé de maternité et parental de Marie-Josée Gauthier, Amélie Bouchard Dufour a été embauchée temporairement en mai 2011

- Technicien en administration, volet secrétariat de direction : en remplacement du congé à traitement différé de Vincent Gilbert, Sally Lambert a été embauchée pour une période de six mois en mai 2011
- Conseillère aux maladies infectieuses : suite à la démission de Lise Lapierre, le poste a été comblé par Annie Payette en juillet 2011

Direction régionale du développement des ressources humaines

- Agent-e aux programmes de formation : en remplacement du départ de Chesley Mesher, Donna Davies a été embauchée en octobre 2011

C'est donc un mouvement de 38 % de notre personnel pour qui nous avons déployé l'ensemble des activités de dotation.

Toujours en lien avec la dotation de personnel et plus particulièrement au niveau du recrutement, nous avons travaillé en collaboration avec la Direction régionale du développement des ressources humaines, l'agent de communication et l'agente et la conseillère aux affaires médicales, de façon à s'adapter aux nouvelles technologies et à nous permettre plus de visibilité lors de recrutement de personnel tant à Kuujjuaq qu'au Nunavik et au Sud. Le projet prendra son envol au courant de l'année 2012-2013.

Outre ces activités, un temps important fut consacré à la gestion des avantages sociaux. En effet, un nombre grandissant de congés furent gérés : congés sans solde, congés de maternité, paternité et parental et congés en traitement différé.

Il est important de souligner également une montée importante d'arrêts de travail pour maladie. A cet effet, nous sommes à travailler sur la présentation d'offres de service de programmes d'aide aux employés.

En termes de soutien à la gestion des relations de travail, la majorité du temps consacré à ce type d'activités le fut surtout à l'équipe du Centre pour adolescents Ulluriaq puisque d'une part l'unité des garçons fut fermée en mars 2012. Cette fermeture occasionna ainsi des mouvements de personnel et des mises à pied. D'autre part, la syndicalisation de l'ensemble du personnel fut aussi une grande part de nos priorités.

Lors du dernier rapport annuel, nous souhaitions que l'ensemble des politiques touchant la gestion des ressources humaines soient adoptées en 2010-2011. Cet objectif demeure une priorité pour l'année en cours. Deux autres objectifs nous tiennent particulièrement à cœur, soit l'élaboration de programmes visant à soutenir notre personnel et la révision complète de chacune des descriptions de postes.

Systèmes d'information

Le réseau de télécommunication

Cette année, nous avons atteint un but important : le déploiement du réseau de télécommunication du Nunavik (NtN). Le réseau de télécommunication du secteur de la santé est géré par l'Administration régionale Kativik. Avec la collaboration du secteur de la télécommunication de l'ARK, du CSPQ, de Sogique et du MSSS, nous avons maintenant un réseau de télécommunication qui permettra le déploiement de systèmes d'information cliniques à travers la région.

Le NtN aura plusieurs impacts positifs sur les activités quotidiennes ; il permettra au personnel clinique d'accéder aux informations sur les clients de façon sécuritaire par le biais de la technologie et améliorera l'efficacité au niveau de leurs décisions, et ce dans un temps minime, peu importe la communauté de résidence des clients. La prochaine étape du projet NtN sera l'implantation, à chacun des sites du secteur de la santé, des équipements visant à optimiser le réseau, ce qui devrait rehausser la transmission de données et assurer la confidentialité des renseignements transmis sur le NtN.

Système d'information de la protection de la jeunesse

Un autre projet majeur en phase de déploiement est le système d'information de la protection de la jeunesse. La Direction de la protection de la jeunesse des Centres de santé Inuulitsivik et Tulattavik de l'Ungava a commencé les préparations préliminaires. Ce système d'information intègre trois systèmes d'information sur la clientèle (les jeunes et leurs parents) ; il fournira aux intervenants et aux cadres des informations précises en temps opportun sur la clientèle de la jeunesse et ainsi permettra une meilleure évaluation de la clientèle et une plus grande efficacité au niveau des services.

Plan directeur des ressources informationnelles

Le Plan directeur des ressources informationnelles du Nunavik subit une révision afin de refléter les réalités régionales et locales en évolution. Le plan révisé sera connu sous le nom « Nunavik eHealth Plan » (Plan e-santé Nunavik). Ce nouveau plan couvrira les activités reliées au développement de la télésanté ainsi que le Plan de sécurité des ressources informationnelles. La sécurité des renseignements personnels demeure toujours une priorité de la RRSSSN et de l'ensemble du réseau de la santé du Nunavik. Notre but global est de maximiser l'appropriation des programmes et des allocations financières par les Inuits afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité et le contrôle, d'améliorer la santé des Inuits et d'assurer que tous les programmes et services sont adaptés à la culture, bien coordonnés et intégrés.

Télésanté

En partenariat avec le CvSSS (Centre virtuel des services de santé et services sociaux) du RUIS McGill, des équipements de télésanté ont été déployés dans chacun des 14 CLSC du territoire. Ces nouveaux équipements permettront au personnel clinique et administratif d'avoir accès 24 heures par jour aux centres de santé de la région ainsi qu'aux services spécialisés au Sud.

Vous pouvez consulter le site internet de la RRSSSN pour des renseignements courants au www.rrsss17.gouv.qc.ca.

Direction régionale du développement des ressources humaines

Mot du directeur

En cette dernière année, nous avons eu à traiter bon nombre de dossiers relatifs à la formation et au recrutement (projet pilote DPJ) ainsi que d'autres dossiers relatifs aux conditions de travail (attraction-rétention). Nous avons vu également à combler deux postes au sein de l'équipe, suite au départ de Madame Louise Samoisette, agente de personnel, et Monsieur Chesley Mesher, agent de personnel. Ces personnes ont été remplacées par Madame Donna Davies et par Madame Erika-Anne Brisson qui ont su bien s'intégrer dans leurs postes respectifs.

Jean-Pierre Charbonneau

Formation

- Programme de formation en travail social : le programme de formation destiné au personnel inuit travaillant dans les directions de la protection de la jeunesse, dont l'enseignement se fait au Nord par un professeur du Collège Marie-Victorin, s'est poursuivi cette année. Plus de 12 sessions ont été offertes, et ce à Kuujjuaq, Inukjuak, Puvirnituq et Kuujjuaraapik où on comptait plus de 25 participants. Le coût de cette formation s'est élevé à près de 300 000 $ (transport aérien, per diem des participants, hôtel, salaire du professeur, etc.). Au cours de l'année, Monsieur Claude Lévesque, qui agissait comme professeur, nous a quitté et a été remplacé par madame Vanessa Legault. La transition s'est très bien déroulée. Au terme de cette formation, d'ici deux ans, les personnes ayant complété le programme obtiendront un diplôme d'attestation collégial en travail social (reconnaissance des acquis et de l'expérience), ce qui leur permettront d'obtenir un nouveau titre d'emploi et ce avec un meilleur salaire.
- Programme de formation pour interprètes travaillant au MNQ : Deux sessions de cinq jours chacune ont été offertes (juin 2011 et octobre 2011), le but étant de permettre aux interprètes d'acquérir une meilleure connaissance des termes médicaux. Ceci a eu pour effet de faciliter leur travail et d'établir ainsi une meilleure communication entre les médecins et infirmières et les patients unilingues inuits. Plus de huit personnes ont suivi la formation. De plus une dame de l'Hudson a suivi la même formation et sera pour la présente année (2011-2012) l'agent multiplicateur et donnera cette formation au Nord dans les deux centres de santé. Ce projet a été rendu possible grâce à une subvention de l'Université McGill.
- Encore grâce à la subvention de l'Université McGill, un employé de la régie régional a suivi un stage d'immersion en langue anglaise à Nouvelle-Écosse d'une durée de quatre semaines.
- Un programme de formation adapté et personnalisé a été offert à l'ensemble du personnel de la régie régionale portant sur l'ensemble des logiciels de la suite *Office* ; la formation a couvert tous les niveaux, de débutant à expert.
- En vue de la prochaine année (2012-2013) un nouveau programme sera offert au personnel inuit travaillant en réadaptation (jeunes en difficulté et leurs familles). Après analyse des besoins, la formation permettra aux éducateurs inuits de mieux établir une relation d'aide, de mieux communiquer avec la clientèle et au sein d'une équipe de travail, d'examiner des problématiques d'adaptation biopsychosociale, d'animer des groupes de clientèle, d'effectuer des interventions d'adaptation et de réadaptation auprès de jeunes présentant des difficultés d'adaptation, d'effectuer des interventions de réadaptation auprès des personnes présentant des troubles de santé mentale et de toxicomanie, et d'effectuer des interventions auprès de personnes en situation de crise. Au terme de quatre ans, les éducateurs inuits pourront obtenir une attestation collégiale en éducation spécialisée.

Recrutement et orientation

- Dans le cadre du projet pilote DPJ, plus de 13 professionnels (DPJ), 4 travailleurs communautaires inuits, 3 professionnels (CLSC), 4 éducateurs et 1 gestionnaire (réadaptation), et 1 agent de planification et programmation (régie régionale) ont été recrutés.
- Plus de huit sessions de formation et d'orientation ont été organisées pour plus de 39 intervenants qui venaient travailler au Nord et pour 16 intervenants et familles d'accueil de l'Ontario qui donnent des services aux jeunes Inuits placés en Ontario.
- Pour faciliter le recrutement, nous avons participé à plusieurs foires de l'emploi dans les universités (Gatineau, Ottawa, Montréal, McGill, Laval Trois-Rivières, Moncton, Rimouski, Sherbrooke) et aussi au Palais des congrès de Montréal (santé et services sociaux), à la convention des centres jeunesse, des psycho-éducateurs et des travailleurs sociaux.
- En matière de recrutement, plusieurs visites ont été faites dans presque toutes les communautés du Nunavik (plus de 17 visites). Près de 20 personnes ont été recrutées pour les deux directions de la protection de la jeunesse et la direction des services de la réadaptation.
- En complément avec les activités de recrutement, nous avons vu pour la présente année à poursuivre nos visites dans quatre communautés et de rencontrer les étudiants de niveau secondaire et ce dans le simple but de faire la promotion de carrières dans le réseau de la santé.

Conditions de travail

- Notre direction a été interpellée pour se joindre à l'été 2011 au sous-comité de négociation, du côté patronal, en lien avec la lettre d'entente numéro 37 de la convention collective CSN. Ladite lettre prévoyait de présenter au MSSS des recommandations afin de favoriser l'attraction et la rétention du personnel du secteur de la santé (régions 17 et 18). Cette lettre délimitait la portée des recommandations au personnel issu des catégorie 3 (personnel de bureau) et catégorie 4 (personnel de la santé et des services sociaux) de niveau technique et professionnel. Des recommandations conjointes ont été signifiées au MSSS le 14 avril 2012 et seront mises en application dans un avenir rapproché. Outre l'introduction d'une prime de rétention, variant selon les secteurs (3, 4 et 5), nous y retrouvons également des mesures de programmes de formation visant les aides sociaux et travailleurs de quartier et les agents administratifs classe 1 et 2. Ces programmes auront pour but de permettre aux personnes détentrices de titres d'emploi mentionnés précédemment d'acquérir de nouvelles connaissances et d'aspirer à obtenir un nouveau titre d'emploi de technicien en assistance social ou de technicien en administration. Ce programme permettra aux personnes concernées de suivre une formation au Nord, offerte par le Collège Marie-Victorin. De plus, ledit programme prévoit l'encadrement du personnel visé par un tuteur, soit une personne qui détient déjà un titre d'emploi de technicien ou de professionnel. Ces tuteurs recevront aussi une courte formation (tutorat) et pourront bénéficier d'une prime de 5 %. Finalement nous retrouvons dans les recommandations un budget permettant aux parties locales (employeur et

syndicat) de convenir de mesures visant l'encadrement professionnel et des programmes d'orientation pour le personnel qui viennent travailler au Nord pour la première fois.

- En lien avec le dossier précédent, notre direction a produit un document comparatif relatif aux conditions de travail que l'on retrouve au Nunavik (ARK-CSK-Makivik-secteur de la santé-NV). Cette étude nous a permis de constater qu'il est difficile dans notre secteur de rivaliser avec d'autres secteurs et ainsi favoriser l'embauche et la rétention du personnel dit local. Nous verrons cette année avec le MSSS à présenter des recommandations pour revoir le cadre des disparités régionales.
- Dans la dernière année, notre direction a été mandatée par la direction générale à produire un dossier complet à présenter au MSSS, en vue de revoir les classes salariales du personnel d'encadrement supérieur et hors cadre de la régie régionale et en conformité avec les règles établies. Le dossier a été présenté au MSSS et ce dernier a confirmé en juin 2011 la révision, à la hausse, de presque l'ensemble des classes salariales. Ce même exercice a été fait également par les deux centres de santé de notre région, et le MSSS a vu à établir une équité entre les différents postes d'encadrement supérieur et hors cadre dans la région.

Autres activités

- Notre direction a été mandatée par la direction générale à procéder à l'élaboration d'un plan d'organisation et ce en conformité avec l'article 183 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui stipule : « Tout établissement doit préparer un plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique. Ce plan décrit les structures administratives de l'établissement, ses directions, services et départements ainsi que les programmes cliniques. Le plan d'organisation doit être révisé au moins tous les trois ans ». Le projet de plan d'organisation a été déposé aux membres du comté de direction à l'hiver 2011 et fera l'objet de discussions et de modifications ; une fois la révision complétée, il sera présenté au conseil d'administration pour fins d'approbation.
- À partir des fichiers de postes de nos trois organisations, notre direction a produit un fichier de postes régionaux. Ceci nous a permis de déterminer, en août 2011, que l'on comptait dans notre réseau 708 postes à temps complet, 132 postes à temps partiel régulier et 90 postes vacants, pour un total de 773,82 équivalent temps complet. On y dénombre 312 personnes en provenance du Nunavik et 438 de l'extérieur. On y dénombre également 5 postes de hors cadre, 22 postes de cadre supérieur, 64 postes de cadre intermédiaire, 134 postes de catégorie 1 (infirmière), 219 de catégorie 2 (personnel de soutien), 13 postes de catégorie 3 (personnel de bureau), 246 postes de catégorie 4 (santé et services sociaux), 4 postes de pharmacien et 15 postes de sage-femme. Considérant notre taux de roulement au Nord et le développement des services, ces statistiques peuvent facilement varier. Ainsi en 2012-2013, nous verrons à nous munir d'outils informatiques, via nos systèmes de paie, qui nous permettra de faciliter les mises à jour et de produire différents types de données en lien avec la planification de la main-d'œuvre.

Direction des services hors région

Message du directeur

Depuis sa création en 2009, la Direction des services hors région veille sur et gère le programme des services de santé assurés/non assurés (SANA) en collaboration avec les deux centres de santé de la région.

En plus de chapeauter cette direction, je participe également à différents comités régionaux et particuliers.

L'un de ces comités, étroitement relié aux mandat et mission de la RRSSSN, est le Comité régional pour la gestion des services aux patients. Ce comité est un organisme consultatif dont un des mandats est d'appuyer les centres de santé dans leurs efforts à établir les grandes orientations régionales concernant les programmes et l'organisation de services. Il est aussi responsable de fournir des recommandations concernant l'organisation du Module du Nord Québécois (MNQ) et d'améliorer les services offerts aux patients à Montréal.

Un autre comité, dont je suis président, est le Comité consultatif de l'Association des maisons des jeunes du Nunavik. Son mandat est d'établir les priorités régionales relativement à la programmation des centres jeunesse et à la formation destinée au personnel de ces centres. L'une des tâches importantes et continues de ce comité est l'élaboration du plan de rénovation et de remplacement de tous les centres jeunesse. En collaboration avec la RRSSSN, un rapport technique d'analyse des besoins fut le sujet de discussion sur ce comité. Un projet pilote visant le remplacement des centres jeunesse a été élaboré et sera implanté dans deux ou trois communautés au début.

L'itinérance chez les Inuits à Montréal est une préoccupation qui prend de l'ampleur pour plusieurs. Un comité avec des représentants de plusieurs partenaires fut créé en 2010, et j'y participe activement. Les représentants sur ce comité proviennent de la Ville de Montréal, de l'Association des Inuits de Montréal, du Projet Autochtones du Québec (asile de nuit à Montréal) et de d'autres secteurs.

Un autre comité auquel je participe est le Comité directeur d'Inuit Tuttarvingat, lequel tombe sous l'autorité de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA).

L'un des dossiers des plus important et critique sous ma responsabilité est la relocalisation du MNQ. Durant l'exercice actuel, beaucoup d'efforts ont été consacrés au niveau des négociations avec le MSSS afin d'obtenir l'autorisation de soumettre un projet pour une solution permanente pour les bureaux et les installations d'hébergement du MNQ. Des travaux sont présentement en cours afin de lancer un appel d'offres public dans le but de poursuivre les efforts en 2013.

Larry Watt

Services de santé assurés non assurés (SANA)

Le programme des SANA offre une gamme limitée de biens et de services qui ne sont pas fournis aux bénéficiaires de la *CBJNQ* par d'autres organismes ou dans le cadre d'autres programmes québécois.

Le programme des SANA couvre les services de santé suivants, dont les détails paraissent dans l'entente du cadre de référence (2011) :

- médicaments de prescription ;
- médicaments sans ordonnance et médicaments brevetés ;
- fournitures médicales ;
- transport pour des raisons de santé, escortes pour patients, interprètes, logement ;
- soins de la vue, y compris des lunettes et des lentilles de contact lorsque requises au point de vue médical ;
- soins dentaires ;
- appareils auditifs ;
- services de santé mentale (à court terme) ;
- remboursement de frais d'ordonnance.

Activités de la direction

- À l'automne 2011, l'agente responsable du dossier SANA a participé à une rencontre semestrielle du groupe de travail technique sur les Inuits de ITK à Labrador.

- Janie Paquet, agente responsable du dossier SANA, a quitté le Nunavik à la fin de presque six ans de service à la RRSSSN.

- En décembre 2011, Lyse Perron a commencé une formation afin de devenir nouvelle agente du programme. Elle a travaillé auparavant au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava pendant un an (Direction des services professionnels).

- En février 2012, Mmes Paquet et Perron ont participé à la rencontre semestrielle d'ITK à Ottawa. Cet événement fut une occasion de rencontre et de partage pour les quatre régions nordiques du Canada. Il y a eu également nombre de rencontres avec des représentants de Santé Canada.

- Un projet visant l'élaboration d'un guide des usagers au sein du groupe de travail d'ITK a porté fruit ; le guide comprendra une section applicable à chacune des quatre régions inuites du Canada.

- La politique régionale de déplacement des usagers sera déposée au conseil d'administration pour adoption dans un avenir rapproché. Nous aimerions souligner la contribution professionnelle de Martine Boudreau (affaires médicales) à la révision de la politique.

Objectifs pour 2012-2013

- Publier le guide des usagers pour le Nunavik. Cet outil devrait être présenté et distribué à toutes les communautés du Nunavik. Une tournée des villages serait la meilleure façon de rencontrer les bénéficiaires et les professionnelles de la santé et ainsi améliorer les communications.

- Afficher le guide des usagers au site Internet de la RRSSSN pour fins de référence.

- Créer un formulaire de remboursement convivial pour les bénéficiaires.

- Autant que possible, rencontrer les partenaires du secteur de la santé et améliorer les communications afin de bonifier les services offerts aux bénéficiaires dans le cadre du programme des SANA.

- Trouver des moyens d'améliorer les services aux bénéficiaires et pour les intervenants.

- Modifier le programme des SANA afin d'améliorer les services hors région concernant les suivants : accès aux respirateurs, accès à la chirurgie maxillo-faciale, recrutement de familles d'accueil capables de fournir des traitements et des soins spécialisés aux enfants en dehors du milieu hospitalier au Sud et admissibilité au programme pour les patients séjournant au Sud pour raisons médicales à long terme.

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

SUMMARY FINANCIAL REPORT

MARCH 31, 2012

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SUMMARY FINANCIAL REPORT
MARCH 31, 2012

TABLE OF CONTENTS

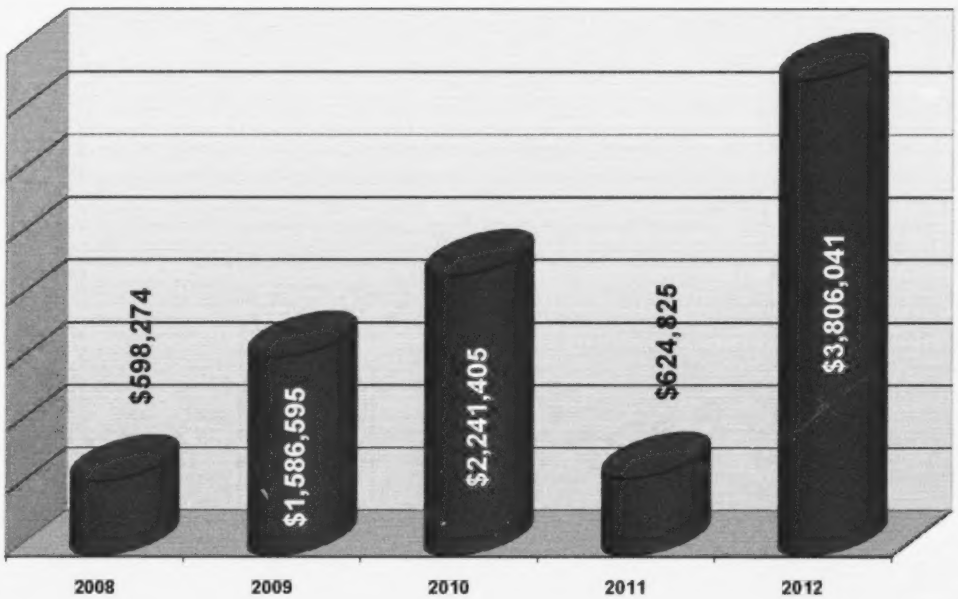
	Part
SYNOPSIS REVIEW	I
FINANCIAL STATEMENTS	
INUKTITUT	II
ENGLISH	III
FRENCH	IV

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SYNOPSIS REVIEW
MARCH 31, 2012

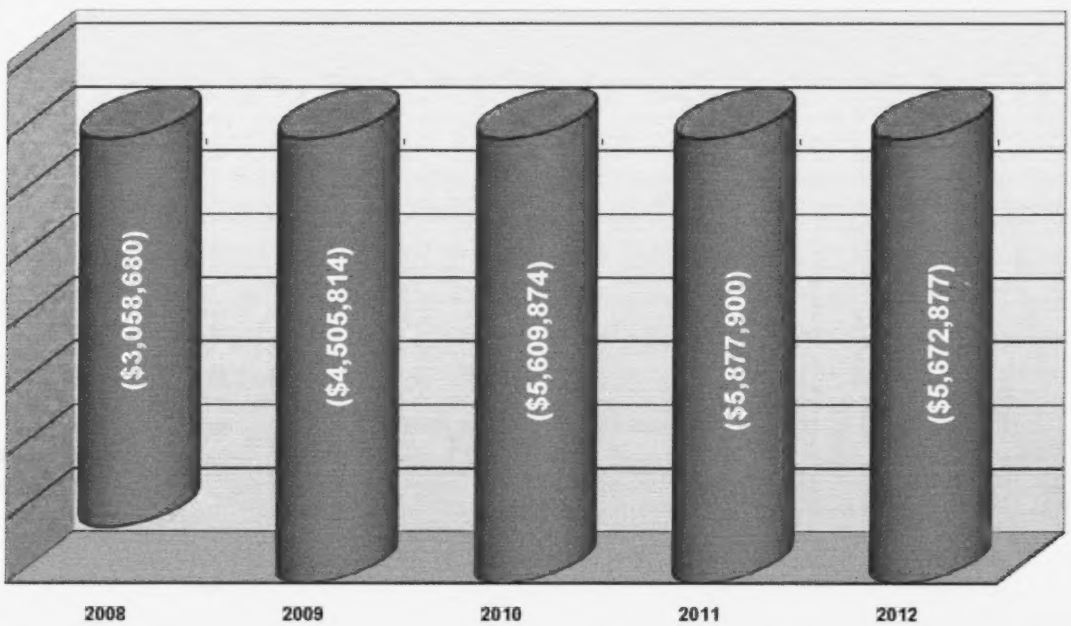
TABLE OF CONTENTS

	Page
COMBINED CASH POSITION	1
OPERATING FUND	
FUND BALANCE	1
EXCESS (DEFICIENCY) OF REVENUE OVER EXPENDITURE	2
EVOLUTION OF THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES' GRANTS	2
SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR	3
ASSIGNED FUND	
FUND BALANCE	3
FUND BALANCE BY DEPARTMENT	4
EVOLUTION OF THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES' GRANTS	4
SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR	5

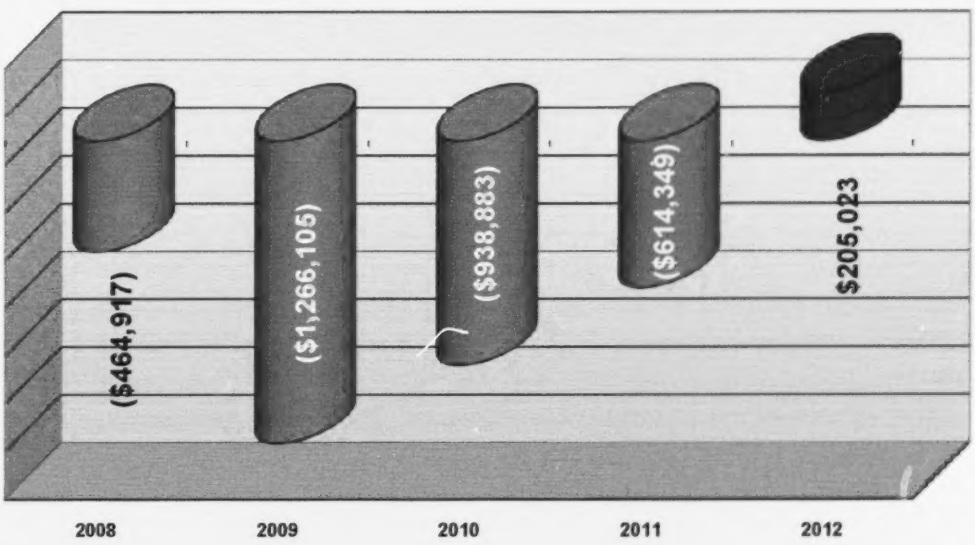
COMBINED CASH POSITION



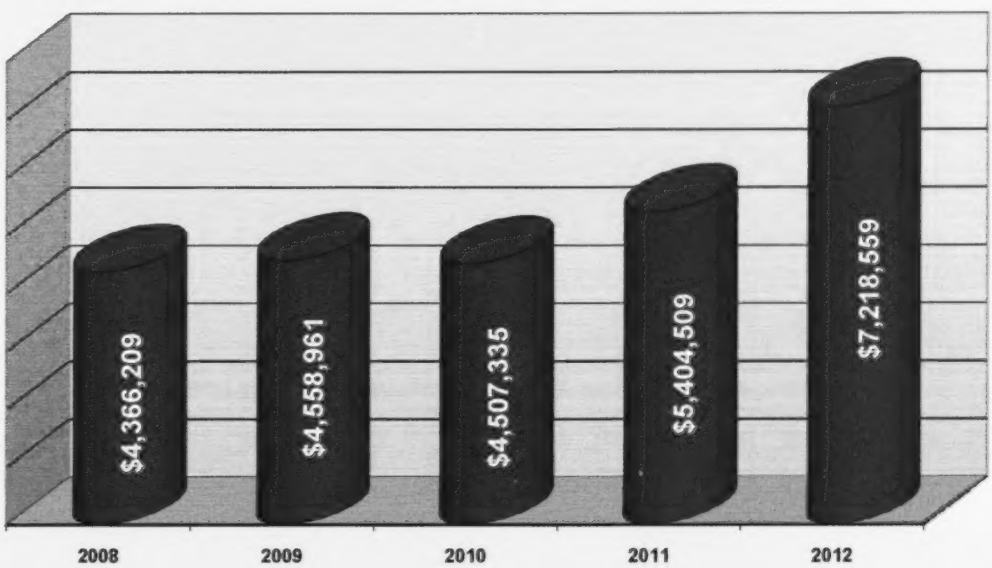
OPERATING FUND - FUND BALANCE



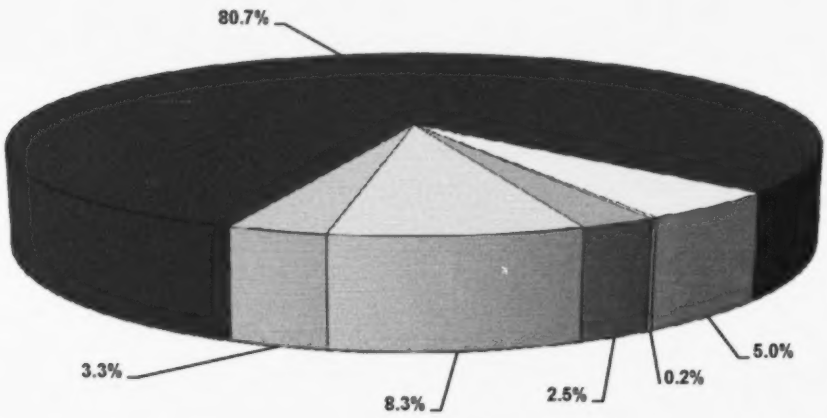
OPERATING FUND - EXCESS (DEFICIENCY) OF REVENUE OVER EXPENDITURE



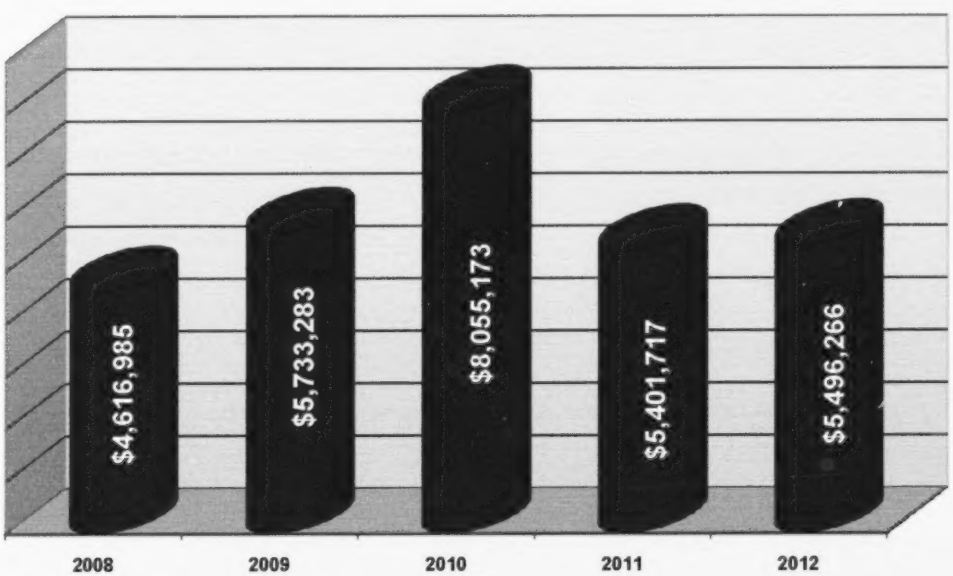
OPERATING FUND - EVOLUTION OF THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES' GRANTS



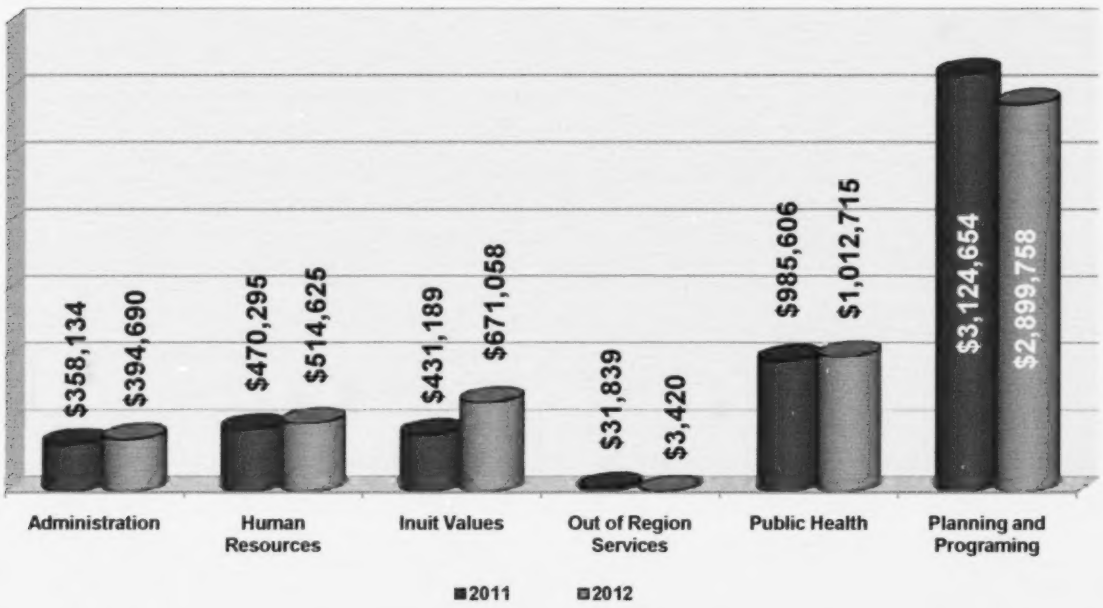
OPERATING FUND - SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR



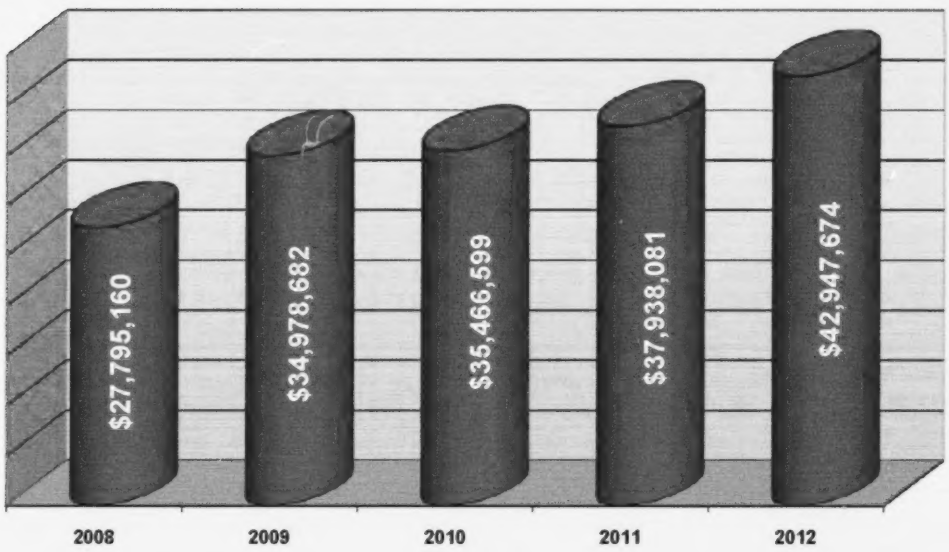
ASSIGNED FUND - FUND BALANCE



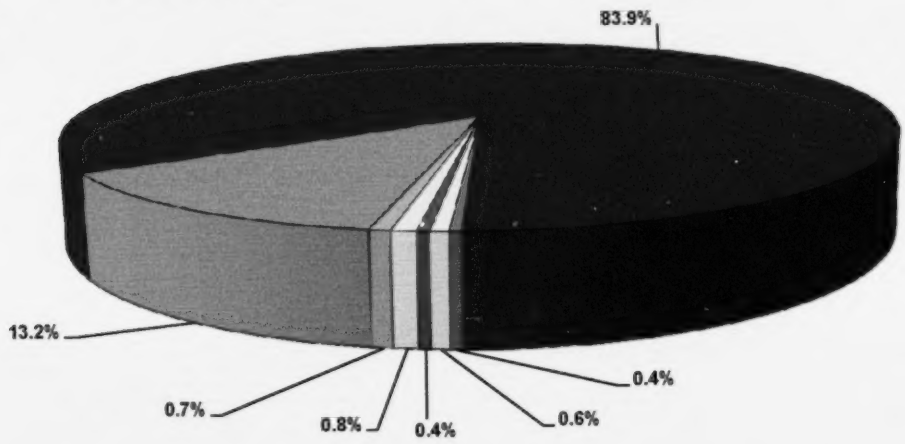
ASSIGNED FUND - FUND BALANCE BY DEPARTMENT



ASSIGNED FUND - EVOLUTION OF THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES' GRANTS



ASSIGNED FUND - SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR



- I.N.A.C. (0.7%)
- Health Canada (13.2%)
- Health and Social Services (83.9%)
- Health Centres contributions (0.4%)
- C.S.S.T. (0.6%)
- Inuit Tapiriit Kanatami (0.4%)
- Other (0.8%)

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

SOMMAIRE ÉTATS FINANCIERS

31 MARS 2012

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
SOMMAIRE ÉTATS FINANCIERS
31 MARS 2012

TABLE DES MATIÈRES

	Page
BILAN COMBINÉ	3
ÉTAT COMBINÉ DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	4
ÉTAT COMBINÉ DES SOLDES DE FONDS TOTAUX	5
ÉTAT COMBINÉ DES RÉSULTATS	6
FONDS D'EXPLOITATION	
BILAN	8
ÉTAT DE L'ÉVOLUTION DU SOLDE DE FONDS	9
ÉTAT DES PRODUITS ET DES CHARGES	10
FONDS D'IMMOBILISATIONS	
BILAN	11
ÉTAT DE L'ÉVOLUTION DU SOLDE DE FONDS	12
ÉTAT DES PRODUITS ET DES CHARGES	13
FONDS AFFECTÉS	
BILAN	14
ÉTAT DE L'ÉVOLUTION DU SOLDE DE FONDS	15
NOTES COMPLÉMENTAIRES	18

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
BILAN COMBINÉ
31 MARS 2012

	2012 $	2011 $
ACTIF FINANCIER		
ENCAISSE	**3,806,041**	624,825
DÉBITEURS	**81,902,287**	126,599,342
	85,708,328	127,224,167
PASSIF		
EMPRUNTS BANCAIRES	**5,727,212**	8,151,572
FINANCEMENT TEMPORAIRE	**33,267,204**	48,556,290
CRÉDITEURS ET FRAIS COURUS	**23,624,758**	61,610,727
REVENUS REPORTÉS	**488,193**	-
OBLIGATIONS À PAYER	**35,175,902**	19,633,009
	98,283,269	137,951,598
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**(12,574,941)**	(10,727,431)
ACTIF NON-FINANCIER		
IMMOBILISATIONS	**12,398,330**	10,251,248
	12,398,330	10,251,248
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	**(176,611)**	(476,183)

APPROUVÉ AU NOM DU CONSEIL,

_____ Membre

_____ Membre

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
ÉTAT COMBINÉ DE LA VARIATION
DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

	2012 $	2011 $
EXCÉDENT (INSUFFISANCE) DES PRODUITS SUR LES CHARGES	**299,572**	(3,000,881)
Redressement - Réforme comptable 1er avril 2008	-	(6,964,457)
Redressement - Provision pour vacances et congés de maladie (note 11)	-	(420,000)
Variations dues aux immobilisations		
Achats d'immobilisations	**(2,695,886)**	(3,812,558)
Amortissement - Redressement (note 12)	**548,804**	525,767
	(2,147,082)	(3,286,791)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**(1,847,510)**	(13,672,129)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT	**(10,727,431)**	2,944,698
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	**(12,574,941)**	(10,727,431)

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
ÉTAT COMBINÉ DES SOLDES DE FONDS TOTAUX
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

	2012 $	2011 $
SOLDE DE FONDS AU DÉBUT DE L'EXERCICE	**(476,183)**	16,241,100
Redressement - Réforme comptable 1er avril 2008	-	(6,964,457)
Redressement - Provision pour vacances et congés de maladie (note 11)	-	(420,000)
Redressement - Amortissement cumulé des immobilisations (note 12)	-	(6,331,945)
SOLDE DE FONDS AU DÉBUT DE L'EXERCICE REDRESSÉS	**(476,183)**	2,524,698
Excédent (insuffisance) des produits sur les charges	**299,572**	(3,000,881)
SOLDE DE FONDS À LA FIN DE L'EXERCICE	**(176,611)**	(476,183)

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
ÉTAT COMBINÉ DES RÉSULTATS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

	2012 $	2011 $
REVENUS		
Subventions et contributions	**60,052,226**	51,459,694
Location de résidences	**446,946**	561,335
Affaires municipales	**299,597**	281,208
Charges administratives	**226,773**	301,467
Intérêt	**18,382**	7,612
Autres revenus	**722,266**	5,525
	61,766,190	52,616,841
REVENU REPORTÉ AU DÉBUT DE L'EXERCICE	-	233,323
REVENU REPORTÉ À LA FIN DE L'EXERCICE (note 4)	**(488,193)**	-
	(488,193)	233,323
	61,277,997	52,850,164

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
ÉTAT COMBINÉ DES RÉSULTATS (SUITE)
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

	2012 $	2011 $
CHARGES		
Salaires et avantage sociaux	**9,231,563**	7,977,923
Charges administratives	**226,773**	289,505
Publicité et promotion	**386,848**	195,122
Amortissement	**548,804**	525,767
Mauvaises créances (récupération)	**(27,167)**	83,182
Location d'équipements	**118,481**	51,609
Frais de transport	**106,915**	50,326
Chauffage et électricité	**375,382**	291,361
Honoraires	**288,497**	161,400
Location de résidences	**330,013**	703,680
Assurance	**25,316**	22,724
Intérêts et frais bancaires	**1,156,426**	1,426,852
Location de terrains	**35,952**	33,974
Activités locales	**19,535**	442,591
Entretien et réparations	**60,397**	55,635
Services municipaux	**299,597**	281,208
Dépenses de bureau	**937,169**	536,349
Honoraires professionnels	**415,990**	171,446
Publications et abonnements	**9,729**	-
Contrats	**2,512,409**	3,568,801
Communications	**224,928**	178,921
Formation et éducation	**109,953**	23,671
Transfert aux organismes	**1,868,509**	1,643,020
Transfert au Centre de Santé Inuulitsivik	**26,706,388**	24,256,419
Transfert au centre de Santé Tulattavik	**12,323,578**	10,537,308
Frais de voyagement et d'hébergement	**2,456,083**	2,187,301
Véhicules	**52,582**	33,111
Autres	**177,775**	121,839
	60,978,425	55,851,045
EXCÉDENT (INSUFFISANCE) DES PRODUITS SUR LES CHARGES	**299,572**	(3,000,881)

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'EXPLOITATION - BILAN
31 MARS 2012

	2012 $	2011 $
ACTIF		
ENCAISSE	**3,680,316**	532,210
DÉBITEURS (note 2 a))	**2,386,999**	3,286,867
	6,067,315	3,819,077
PASSIF		
CRÉDITEURS ET DETTES COURUES	**4,004,282**	3,806,558
MONTANT DÛ AUX FONDS D'IMMOBILISATIONS (note 7)	**209,742**	131,425
MONTANT DÛ AUX FONDS AFFECTÉS (note 7)	**7,037,975**	5,758,994
REVENU REPORTÉ (note 4)	**488,193**	-
	11,740,192	9,696,977
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**5,672,877**	5,877,900
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	**(5,672,877)**	(5,877,900)

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'EXPOITATION
ÉTAT DES PRODUITS ET DES CHARGES
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

	2012 $	2011 $
SOLDE DE FONDS AU DÉBUT DE L'EXERCICE	**(5,877,900)**	(5,109,874)
Redressement - Provision pour vacances et congés de maladie (note 11)	-	(153,677)
SOLDE DE FONDS AU DÉBUT DE L'EXERCICE REDRESSÉS	**(5,877,900)**	(5,263,551)
Excédent (insuffisance) des produits sur les charges - Opérations régulières	**205,023**	(614,349)
SOLDE DE FONDS À LA FIN DE L'EXERCICE	**(5,672,877)**	(5,877,900)

Au 31 mars 2012, le solde est composé comme suit:

Opérations régulières	**(5,699,742)**	(5,904,765)
Projets spéciaux		
- Planification et Programmation - Rétention des infirmières (#792)	**26,865**	26,865
	(5,672,877)	(5,877,900)

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'EXPLOITATION
ÉTAT DES PRODUITS ET DES CHARGES
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

	2012 $	2011 $
PRODUITS		
Ministère de la Santé et des Services Sociaux	**7,218,559**	5,404,509
Dossier Santé Québec	**-**	20,798
Location de résidences	**446,946**	561,335
Affaires municipales	**299,597**	281,208
Inuit Tapiriit Kanatami	**15,000**	-
Administration régionale Kativik - Formation	**9,428**	-
Charges administratives	**226,773**	301,467
Intérêts	**18,382**	7,612
Autres revenus	**722,266**	5,525
	8,956,951	6,582,454
REVENU REPORTÉ AU DÉBUT DE L'EXERCICE	**-**	233,323
REVENU REPORTÉ À LA FIN DE L'EXERCICE (note 4)	**(450,000)**	-
	(450,000)	233,323
	8,506,951	6,815,777
CHARGES		
Administration générale	**6,274,822**	5,837,151
Conseillers en santé communautaire	**1,279,628**	922,322
Charges d'opération du bâtiment	**747,478**	670,653
	8,301,928	7,430,126
EXCÉDENT (INSUFFISANCE) DES PRODUITS SUR LES CHARGES	**205,023**	(614,349)

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'IMMOBILISATIONS - BILAN
31 MARS 2012

	2012 $	2011 $
ACTIF FINANCIER		
ENCAISSE	**125,725**	92,615
MONTANT À RECEVOIR DU FONDS D'EXPLOITATION (note 7)	**209,742**	131,425
DÉBITEURS (note 2 c))	**61,436,521**	65,898,915
	61,771,988	66,122,955
PASSIF		
EMPRUNTS BANCAIRES (note 5)	**5,727,212**	8,151,572
CRÉDITEURS ET FRAIS COURUS	**-**	33,332
FINANCEMENT TEMPORAIRE	**33,267,204**	48,556,290
OBLIGATIONS À PAYER	**35,175,902**	19,633,009
	74,170,318	76,374,203
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**(12,398,330)**	(10,251,248)
ACTIF NON-FINANCIER		
IMMOBILISATIONS (note 3)	**12,398,330**	**10,251,248**
	12,398,330	**10,251,248**
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	**-**	**-**

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'IMMOBILISATIONS
ÉTAT DE L'ÉVOLUTION DU SOLDE DE FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

	2012 $	2011 $
SOLDE DE FONDS AU DÉBUT DE L'EXERCICE	-	13,296,402
Restatement - Accounting Change April 1, 2008	-	(6,964,457)
Restatement - Accumulated Amortization of Capital Assets (note 12)	-	(6,331,945)
SOLDE DE FONDS AU DÉBUT DE L'EXERCICE REDRESSÉS	-	-
Excédent (insuffisance) des produits sur les charges	-	-
SOLDE DE FONDS À LA FIN DE L'EXERCICE	-	-

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'IMMOBILISATIONS
ÉTAT DES PRODUITS ET DES CHARGES
31 MARS 2012

	2012 $	2011 $
PRODUITS		
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - Remboursement d'intérêts	**1,043,308**	1,311,370
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - Remboursement de capital	**548,804**	138,500
Contribution du fonds d'opération	-	387,267
	1,592,112	1,837,137
CHARGES		
Intérêts	**1,043,308**	1,311,370
Amortissement	**548,804**	525,767
	1,592,112	1,837,137
EXCÉDENT (INSUFFISANCE) DES PRODUITS SUR LES CHARGES	-	-

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - BILAN
31 MARS 2012

	2012 $	2011 $
ACTIF FINANCIER		
MONTANT À RECEVOIR DU FONDS D'EXPLOITATION (note 7)	**7,037,975**	5,758,994
DÉBITEURS (note 2 b))	**18,078,767**	57,413,560
	25,116,742	63,172,554
PASSIF		
CRÉDITEURS ET FRAIS COURUS	**19,620,476**	57,770,837
	19,620,476	57,770,837
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**5,496,266**	**5,401,717**
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	**5,496,266**	5,401,717

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - ÉTAT DE L'ÉVOLUTION DU SOLDE DE FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

	Numéro de projet	Solde de fonds au début de l'exercice $	Redressement (note 12) $	Revenus $	Charges $	Solde de fonds à la fin de l'exercice $
ADMINISTRATION						
Fonds provinciaux						
Construction de résidences	701	(77,186)	-	-	-	(77,186)
PACS Téléradiologie	702	(49,052)	-	-	-	(49,052)
MEO Orientation technologique	759	29,291	-	-	-	29,291
Mesures d'urgence	998	83,114	(7,935)	994,796	933,732	136,243
Projet d'amélioration de la bande passante	8860	359,935	-	-	115,818	244,117
Autres Fonds						
Plan régional lutte pandémie d'influenza	8001	(34,151)	-	-	-	(34,151)
Technocentre	8840	-	-	211,006	211,006	-
Services d'administration régionale	8891-92	153,634	(99,516)	332,804	241,494	145,428
		465,585	(107,451)	1,538,606	1,502,050	394,690
RESSOURCES HUMAINES						
Fonds provinciaux						
Formation des Inuits sur la terminologie médica	8022	107,289	-	-	-	107,289
Fonds fédéraux						
Initiative ressources humaine en santé autochtone	811	371,924	-	204,280	138,148	438,056
Autres Fonds						
Formation des employés, protection de la jeunesse	818	(8,918)	-	263,263	285,065	(30,720)
		470,295	-	467,543	423,213	514,625
VALEURS INUIT						
Fonds provinciaux						
Développement du personnel cadre	610	(416)	-	36,186	30,967	4,803
Programme des sages-femmes	901	12,198	-	-	4,689	7,509
Programme régional des sages-femmes	8016	84,000	-	-	4,274	79,726
Fonds fédéraux						
Grandir ensemble	699	70,189	-	1,203,893	1,204,881	69,201
Pensionnat Indien	819	159,471	-	467,692	216,572	410,591
Autres fonds						
Fondation de guérison	800	(14,509)	-	10,000	-	(4,509)
ITK - Coordonateur régional	804	82,683	-	173,000	189,519	66,164
Certificat en santé et administration de services sociaux	814	(500)	-	-	-	(500)
Travailleurs sociaux du projet McGill	815	38,073	-	-	-	38,073
		431,189	-	1,890,771	1,650,902	671,058
SERVICES À L'EXTÉRIEUR DE LA RÉGION						
Fonds provinciaux						
Programme des services assurés/non-assurés	938	-	-	36,267,416	36,267,416	-
Gestion des services assurés/non-assurés	939	50,931	(19,092)	275,000	303,419	3,420
		50,931	(19,092)	36,542,416	36,570,835	3,420

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - ÉTAT DE L'ÉVOLUTION DU SOLDE DE FONDS (SUITE)
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

	Numéro de projet	Solde de fonds au début de l'exercice $	Redressement (note 12) $	Revenus $	Charges $	Solde de fonds à la fin de l'exercice $
SANTÉ PUBLIQUE						
Fonds provinciaux						
Plan d'action de lutte au tabagisme	913	(3,070)	-	-	-	(3,070)
Programme de sécurité des aliments	915	12,064	-	-	3,075	8,989
Dépistage du cancer du sein - Volet régional	916	(1,178)	-	-	-	(1,178)
Campagne publicitaire anti-tabac	926	17,726	-	31,664	18,925	30,465
Kynésiologie	931	210,965	-	-	7,064	203,901
Service globaux en périnatalité	933	-	-	111,540	-	111,540
Sida et MTS - Information et prévention	956	31,833	-	84,500	56,760	59,573
Hépatite C	959	9,335	-	1,800	-	11,135
Infections nosocomiales	960	1,880	-	-	-	1,880
Projet de recherche STBI	968	18,569	-	-	9,345	9,224
Promotion de l'allaitement	8004	410	-	-	-	410
Qualité de l'air pour les résidents du Nunavik	8017	13,410	-	-	-	13,410
PSSP Frais de gestion	8019	14,000	-	-	-	14,000
Fonds fédéraux						
Consultation santé	600	(50,000)	-	-	-	(50,000)
NNHC Fonctionnement	614	12,389	-	114,464	114,008	12,845
Programme de tabagisme fédéral	631	(33,066)	-	-	-	(33,066)
NNHC Communication	632	10,068	-	(9,886)	-	182
FASD	634	191,713	-	351,762	227,522	315,953
Diabète	693	94,130	-	673,253	673,081	94,302
Programme de nutrition périnatale	696	22	-	296,196	292,923	3,295
AHTF - École en santé	809	97,335	-	(92,925)	-	4,410
Nutrition du Nord	820	14,654	-	496,858	496,201	15,311
Programme de communication	821	-	-	78,953	72,329	6,624
Formation en Prévention du Tabagism	822	-	-	131,725	131,725	-
Autres fonds						
Santé et sécurité au travail	611	148,481	-	313,828	439,668	22,641
Kino-Québec	612	86,937	-	53,692	19,951	120,678
Recherche sur la prévention des blessures	655	4,915	-	-	-	4,915
Vaccins B - Sec. 5	660	74,401	-	25,520	73,036	26,885
Projet réseau Arctique	668	26,109	-	-	-	26,109
Enquête sur la santé des Inuits	690	(73,561)	-	-	-	(73,561)
Santé dentaire pour école primaire	803	11,305	-	-	-	11,305
Alphabétisation - "Comment j'ai cessé de fumer"	805	43,010	-	-	-	43,010
NAHO Analyste en santé	807	514	-	-	(84)	598
Campagne pour naître sans fumée	816	306	-	-	306	-
		985,606	-	2,662,944	2,635,835	1,012,715
PLANIFICATION ET PROGRAMMATION						
Fonds provinciaux						
Cadres - Adaptation de la main d'œuvre	640	430	-	-	-	430
Formation trousse médico-légale	790	21,074	-	30,120	4,914	46,280
Programme de santé des femmes	791	166,319	-	-	2,389	163,930
Primes d'installation et formation	920-921-923	543,876	-	921,603	738,220	727,259
Stage de résidence en médecine familiale	922	(445,881)	-	-	3,961	(449,842)
Comités régionaux contre la Violence	932	65,000	-	-	19,814	45,186
Cancer	962	40,250	-	-	-	40,250

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - ÉTAT DE L'ÉVOLUTION DU SOLDE DE FONDS (SUITE)
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

	Numéro de projet	Solde de fonds au début de l'exercice $	Redressement (note 12) $	Revenus $	Charges $	Solde de fonds à la fin de l'exercice $
PLANIFICATION ET PROGRAMMATION (SUITE)						
Fonds provinciaux (suite)						
Jeunes parents	972	(10,025)	-	10,025	-	-
Formation - Infirmières, travailleurs sociaux	977	42,936	-	-	-	42,936
Santé mentale - Formation gestion de crises	8005	694	-	-	-	694
Prévention du suicide - Formation	8006	303,203	-	-	111,876	191,327
Violence contre la femme - Formation	8007	223,395	-	-	9,430	213,965
Organisation communautaire - Formation	8008	230,568	-	-	9,175	221,393
Santé mentale - Support pour projets cliniques	8009	274,704	-	-	198,106	76,598
Prévention du suicide - Stratégie régionale	8010	512,294	-	-	583	511,711
Cancer du sein - Diagnostique et support au patient	8011	3,809	-	-	-	3,809
Services aux aînés	8012	67,159	-	-	-	67,159
Formation - Adaptation de la main d'œuvre	8013	57,558	-	-	27,066	30,492
Équipe d'intervention sur les agressions sexuelles	8015	56,143	-	-	1,384	54,759
Dépendances	8020	133,341	(1,834)	171,512	168,355	134,664
Formation - Attention & Hyperactivités	8021	60,721	-	-	-	60,721
Prévention de la maltraitance des personnes âgées	8023	27,555	-	-	10,234	17,321
Programme jeunesse - Coordonnateur régional	9008	(86,043)	-	86,043	-	-
Formation sur la gestion des crises	9052	37,386	-	-	-	37,386
Santé mentale communautaire	9053	120,330	-	-	7,490	112,840
Troubles de la parole - Formation Centres de la Petite Enfance	9075	126,132	-	-	127,840	(1,708)
Comité psychosocial	9077	21,092	-	-	17,683	3,409
Troubles de la parole - Développement du programme	9078	951	-	-	-	951
CLSC - Développement régional stratégique	9079	13,400	-	-	-	13,400
Troubles de développement - Comité régional	9080	37,754	-	-	18,301	19,453
Déficience intellectuelle - Tableau d'évaluation	9081	13,704	-	-	-	13,704
Fonds fédéraux						
Soins à domicile	618	21,967	-	2,110,110	2,088,877	43,200
Soins aux adultes invalides	694	13,583	-	-	-	13,583
Violence familiale	695	(5,446)	-	156,328	117,266	33,616
Santé mentale communautaire	697	301,062	-	870,719	870,719	301,062
Stratégie pour la prévention du suicide	698	49,496	-	86,000	84,918	50,578
AHTF plan d'adaptation - Projets cliniques	802	14,164	-	(13,857)	-	307
AHTF plan d'intégration - Santé mentale	806	83,725	-	-	-	83,725
Autres fonds						
Meilleures pratiques pour les résidences des aînés	812	4,220	-	-	-	4,220
Programme de formation - Agent de liaison	813	52,263	-	-	-	52,263
Centre d'adolescents Ulluriaq	817	-	(137,946)	3,648,316	3,648,288	(137,918)
Prévention du suicide	963	30,951	-	-	-	30,951
Réorganisation protection de la jeunesse	9007	(19,375)	-	19,375	-	-
Programme national de formation	9076	57,995	-	-	34,301	23,694
		3,264,434	(139,780)	8,096,294	8,321,190	2,899,758
		5,668,040	(266,323)	51,198,574	51,104,025	5,496,266

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
NOTES COMPLÉMENTAIRES
31 MARS 2012

1. ENTITÉ COMPTABLE

La Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux Nunavik est un organisme créé dans le cadre de la convention de la Baie James. En date du 1er mai 1995, les droits et obligations du C.R.S.S.S. - Kativik ont été transférés à la Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux Nunavik.

2. DÉBITEURS

	2012 $	2011 $
a) Fonds d'exploitation		
Ministère de la Santé et des Services Sociaux	**117,350**	1,507,245
Ministère de la Santé et des Services Sociaux		
- Provision pour vacances et congés de maladie (note 11)	**513,973**	513,973
Avances aux employés	**3,689**	6,957
Récupération de TPS/TVQ	**983,084**	517,889
Centre de Santé Inuulitsivik	**236,328**	302,253
Centre de Santé Tulattavik	**183,495**	312,095
Autres	**435,040**	239,582
	2,472,959	3,399,994
Provision pour mauvaises créances	**(85,960)**	(113,127)
	2,386,999	3,286,867
b) Fonds affectés		
Affaires Indiennes et du Nord Canada	**36,362**	143,522
Santé Canada	**334,003**	749,305
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - SANA (note 8)	**17,357,302**	54,651,981
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - Divers	**255,000**	1,714,527
Autres	**96,100**	154,225
	18,078,767	57,413,560
c) Fonds d'immobilisations		
Ministère de la Santé et des Services Sociaux		
- Réforme comptable 1er avril 2008	**56,275,403**	61,043,284
Avances de fonds aux établissements publics	**5,161,118**	4,855,631
	61,436,521	65,898,915

3. IMMOBILISATIONS

Les immobilisations sont composés comme suit:

	Coûts	Amortissement Cumulé	**2012 Coût non amorti**	2011 Coût non amorti Retraités (note 12)
	$	$	$	$
Bâtiment	16,488,410	4,198,686	**12,289,724**	10,015,112
Équipement informatique	2,752,434	2,722,059	**30,375**	130,545
Machinerie, mobilier et équipement	332,770	321,077	**11,693**	17,636
Matériel spécial	93,937	58,669	**35,268**	41,258
Véhicules	137,295	106,025	**31,270**	46,697
	19,804,846	7,406,516	**12,398,330**	10,251,248

4. REVENU REPORTÉ

Le revenu reporté est composé comme suit:

	2012	2011
	$	$
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - SRP	**250,000**	-
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - Plan d'Action	**200,000**	-
C.S.S.T.	**38,193**	-
	488,193	-

5. EMPRUNTS BANCAIRES - FONDS D'IMMOBILISATIONS

Les emprunts bancaires sont utilisés pour financer temporairement les achats d'actifs à long terme jusqu'à l'encaissement des fonds de la Corporation d'hébergement du Québec. Ils consistent en dix (10) marges de crédit auprès de la Banque Canadienne Impériale de Commerce, portent intérêt au taux préférentiel de la Banque et viennent à échéance à différentes dates.

6. ANALYSE DES ANNÉES ANTÉRIEURES

Les analyses finales des rapports financiers 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011 par le MSSS n'étaient pas disponibles au moment de la sortie des présents états financiers. Tout ajustement résultant de ces analyses sera reflété dans les états financiers de l'année 2012-2013.

7. COMPTES INTERFONDS

La Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik utilise un seul compte de banque pour les fonds d'opération et les fonds assignés. Certains tansactions peuvent aussi inclure les fonds d'immobilisations. À la fin de l'exercice, les transactions interfonds sont comptabilisées et présentées comme "montant dû" et "montant à recevoir" d'un fonds à l'autre.

8. SERVICES ASSURÉS ET NON-ASSURÉS

La Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik (RRSSSN) a signé une entente spécifique avec le MSSS reliée aux services assurés/non-assurés (SANA) le 15 février 2011.

Selon cette entente, la RRSSSN détient la responsabilité directe de la gestion des SANA et de ses fonds. Pour ce faire, la RRSSSN devait élaborer, approuver et appliquer des politiques et procédures spécifiques pour l'administration du programme.

Cependant, ces politiques et procédures n'existaient pas au courant de l'année financière 2009-2010. Seule une politique concernant le transport des patients a été approuvée au cours de l'année 2005-2006. Cette politique n'est suivie et appliquée qu'en partie et ne couvre pas tous les critères spécifiques des SANA. De plus, une portion des fonds reçus par la RRSSSN pour les SANA ont été transférés aux établissements sur présentation de factures, sans aucune condition ou ligne de conduite.

Étant donné l'absence de politiques et de procédure, le mandat de vérification spécifique aux SANA n'a pu être conduit sur la majorité des activités et fonds reliés aux SANA.

Seulement la portion du programme reliée aux lunettes, prothèses dentaires ainsi qu'aux médicaments, fournitures médicales et équipements à l'extérieur de la région a fait l'objet d'une vérification spéciale. Cette portion représente environ 3 % des coûts totaux des SANA. La liste qui suit présente ce qui ressort de cette vérification:

- Les politiques et procédures à ce sujet de Santé Canada sont suivies et appliquées. Un projet de politique dérivé était disponible sans qu'il n'y ait aucune preuve de son approbation par le Conseil;
- Toutes les dépenses ont pu être retracées aux noms des patients et à la liste des bénéficiaires;
- Comme l'année 2004-2005 est la première de l'application des SANA, aucune donnée historique n'était disponible. Cependant, il était clair que les lunettes et prothèses dentaires n'étaient réclamées qu'une seule fois par le même patient;
- La dépense reliée aux médicaments à l'extérieur de la région n'était pas toujours alignée avec la liste des médicaments approuvés par Santé Canada. La liste des médicaments de la RAMQ était parfois utilisée;
- Il n'était pas évident que les médicaments génériques étaient en tout temps favorisés.

8. SERVICES ASSURÉS NON-ASSURÉS (SUITE)

De plus, le ministère de la Santé et des Services Sociaux n'a pas confirmé le solde à payer à la RRSSSN en lien avec les SANA. Ce solde inclus dans les comptes à recevoir se détaille comme suit:

	$
2011-2012	17,357,302
	17,357,302

9. PROCÉDURES D'APPROVISIONNEMENT

La Régie régionale n'a pas de politiques ou de procédures d'approvisionnement approuvées et certains achats ont été effectués sans appel d'offres et la plupart des services achetés ne sont pas accompagnés de contrats valides.

10. NOUVELLES UNITÉS DE LOGEMENT

En 2008-2009, la Régie régionale a construit cinquante-quatre (54) nouvelles unités d'hébergement. Ces unités sont pour les membres de la Régie; six (6) unités, pour le Centre de Santé Tulattavik, vingt-cinq (25) unités et pour le Centre de Santé Inuulitsivik; vingt-trois (23) unités.

Aussi, en 2009-2010, la Régie régionale a entrepris un projet de construction de cinquante (50) nouvelles unités d'hébergement pour les employés. Ces unités sont pour les membres de la Régie; quatre (4) unités, pour le Centre de Santé Tulattavik; vingt-trois (23) unités et pour le Centre de Santé Inuulitsivik; vingt-trois (23) unités.

Au 31 mars 2012, le coût de construction s'élevait à 21,487,000 $ pour les unités de 2008-2009 et 18,093,000 $ pour celles de 2009-2010. Ces projets sont gérés et temporairement financés par la Corporation d'Hébergement du Québec.

Pendant l'année financière 2012-2013, à la fermeture des projets, les coûts et la dette à long-terme reliés à ces projets seront transférés aux états financiers des établissements concernés.

11. REDRESSEMENTS - PROVISION POUR VACANCES ET CONGÉS DE MALADIE

Afin de se conformer au Normes comptables canadiennes pour le secteur public mis en application le 1er avril 2008, la direction a comptabilisé des passifs afférents aux obligations pour les banques salariales et à un montant à recevoir de M.S.S.S. en date du 31 mars 2008. Cette transaction a eu les impacts suivants :

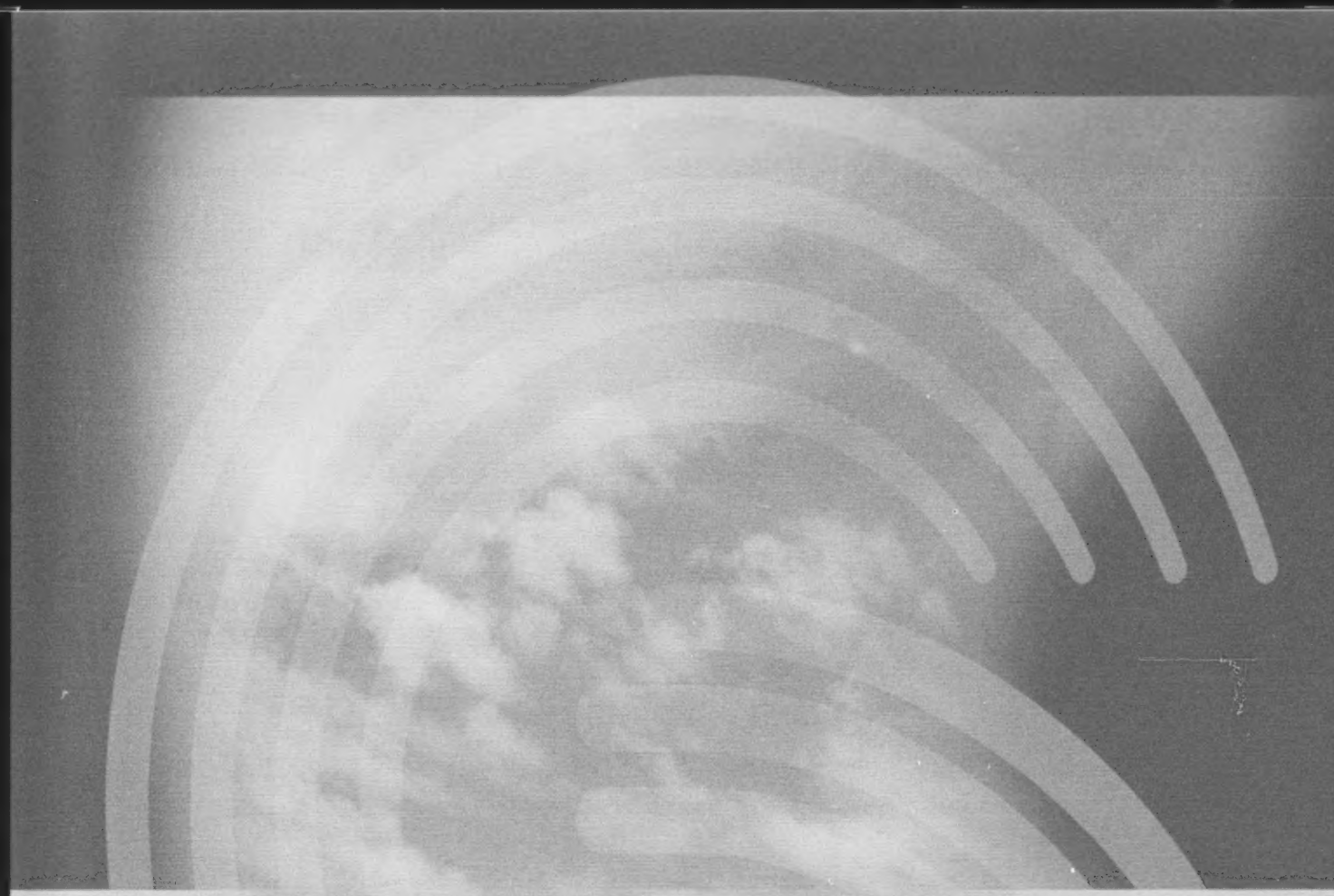
Variances dues aux actifs financiers nets (dette nette) - 31 mars 2011	**$**
Fonds d'Exploitation:	
Augmentation - montant à recevoir de M.S.S.S.	513,973
Augmentation - passifs afférents aux obligations pour les banques salariales	(667,650)
	(153,677)
Fonds Affectés:	
Augmentation - passifs afférents aux obligations pour les banques salariales	(266,323)
	(420,000)

Variance des soldes de fonds totaux - 31 mars 2011	**$**
Fonds d'Exploitation:	(153,677)
Fonds Affectés:	(153,677)
Administration - Mesures d'urgence (#998)	(7,935)
Administration - Services d'administration régionale (#8891-92)	(99,516)
Services à l'extérieur de la région - Gestion des services assurés/non-assurés (#939)	(19,092)
Planification et programmation - Dépendances (#8020)	(1,834)
Planification et programmation - Centre d'adolescents Ulluriaq (#817)	(137,946)
	(266,323)
	(420,000)

12. REDRESSEMENTS - AMORTISSEMENT CUMULÉ DES IMMOBILISATIONS

Afin de se conformer au Normes comptables canadiennes pour le secteur public mis en application le 1er avril 2008, la direction a comptabilisé une charge d'amortissement pour les immobilisations. Cette transaction a eu les impacts suivants :

	$
Immobilisations - 1er avril 2010	(6,331,945)
Solde de Fonds - Fonds d'immobilisations - 1er avril 2010	(6,331,945)
Amortissement - Exercice Terminé le 31 mars 2011	525,767



C.P. / P.O. BOX 900 KUUJJUAQ (QUÉBEC) J0M 1C0
ᐅᖃᓕᐅᑎᖏᑦ / Tel: 819 964-2222
)ᑲᑦᓯᑦ / Fax: 819 964-2888
www.rrsss17.gouv.qc.ca

ᐊᖏᕐᒍᑕᒫᓂᖅᓄᑦ ᑐᓴᖏᓂᒃᑯᑦ

2011 – 2012











ᓄᓇᕗᒻ ᓄᓇᕗᑦᑎᓪᓗᒍ ᑲᑎᕋᐅᓯᒪᔪᖅ ᐃᓚᖓᔪᓄᑦ ᐱᒋᐊᕐᓇᓂᖅ
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

ᐊᓂᓪᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐊᓂᓪᓴᐃᑎᖏᑦᑐᓂᑦ / Dépôt légal / Legal deposit
ᑯᐯᒥᒥ ᐊᑐᐊᒪᖅᓴᐃᐅᑦ / Bibliothèque nationale du Québec / National Library of Quebec – 2012
ᑲᓇᑕᒥ ᐊᑐᐊᒪᖅᓴᐃᐅᑦ / Bibliothèque nationale du Canada / National Library of Canada – 2012
ISBN 978-2-922764-40-6 (pdf)
ISSN 1920-0374 (pdf)

ᐊᖏᖁᔪᑕᒪᖏᑦᓴᐅᑎᓂᓪᓗ ᑐᓴᖏᓂᕐᓴᐅᔪᓂᒃ
2011-2012

ᐅᓇᓱ 1, 2011-ᒥᑦ ᐊᑦᕐ 31, 2012-ᔪᑦ

ᐱᑦᔦᑎᕐᔾᑦ

ᓄᓇᕆᒪᒥᐅᓚᐃᑦ ᐃᓗᓯᓴᓯᓯᐊᖏᓐᓄᑦ ᖃᐅᓄᕆᕕᐊᖏᓐᓄᑦ ᖃᐅᓚᖅᖢᓯᓯᐊᖏᓐᓄᑦ

ᑎᓪᓗᒍᒪᐅᑎᕐᔾᑦ

ᐸᖅᓄᓂᖅ, ᐊᑐᐃᓐᓇᑭᖅᑎᓇᓂᖅ, ᐊᑐᓚᖅᑎᓯᓂᖅ ᖃᐅᐅᔪᖅᓂᓗ ᐃᓄᖅᔦᑎᑦᑕ ᐱᒍᑦᓴᐅᒍᑎᖓᕐᓂᒃ

ᑐᖁᓕᕐᔾᑦ

ᐱᐅᓯᕐᐊᖅᑎᓯᒍᒪᒻᒧᑦ ᐃᓄᖅᔦᑎᑦᑕ ᖃᐅᐃᖓᖅᓯᓯᐊᑭᑎᑦᓴᖓᕐᓂᒃ

ᐱᒪᓚᖅᔦᑎᕐᔾᑦ

ᐃᒪᒥᓂᖅᑭᒍᓐᓇᓂᖅ, ᓯᓯᑦᓴᓂᖅ, ᐃᓕᐅᖅᑲᒥᑕᓂᖅ, ᐅᐱᒋᔭᖅᑲᖅᓂᖅ ᐱᓇᓯᑦᔨᖅᑎᑦᑎᓂᒃ ᐱᓇᓯᖅᑎᑎᒋᔭᐅᓕᑦᑎᓂᒃ

ᐃᓕᓴᖅᑎᑦ

ᓄᓇᕗᑦ – "ᓄᓇ ᐊᖑᑎᓪᓗᖅ ᓄᓇᑕᐅᔭᐅᓪᓗᖅ" 5
ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᕆᓂᖅᓯᒪᓕ ᐃᓄᓕᕆᓂᖅᓯᒪᓕ ᐱᒋᐊᕐᓇᖅᑐᑦ 8
ᐱᖁᔭᑎᑐᒍᑦ ᓄᓇᕗᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖑᑦ ᐊᓐᓂᐊᖏᓪᓕ ᑲᑎᒪᔨᖑᑦ ᐃᓄᑐᐃᓐᓇᕐᓂᓕᕆᖁᖑᓪᓕᖅᑐᑦ. 9
ᐊᓐᓂᐊᖏᓪᓕ 10
ᑲᑎᒪᔨᖑᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᕆᓂᖅᓯᒪᓕ ᐃᓄᓕᕆᓂᖅᓯᒪᓕ ᐱᒋᐊᕐᓇᐃᑎᐅᓪᓚᑦ 17
ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᕆᓂᐃᑎᑦ ᑲᑎᒪᔨᖑᑦ 18
ᑲᑎᒪᔨᑦ ᑭᓇᐅᔭᖑᑦ ᐃᓕᓴᕆᓂᖅ ᓴᖅ, ᑕᕐᖁᑕ-ᒥ 19
ᐳᖅᑐᓂᖅᑕ ᐊᑎᓕᑦᓴᓕᕆᓂᐊᖅᓯᒪᒋᑦ ᐱᒋᐊᕐᓇᐃᖅᑲ 21
ᑭᐃᓕᓇᖅᑐᓕᕆᓂᐅᔪᑦ ᐊᓐᓂᐊᖏᓪᓕᒻᒧᑎᓇᓕᑦ ᐱᒋᐊᕐᓇᓂᒃ ᑭᐃᓕᓇᖅᑐᓕᕆᓂᖅᓯᒪᔪᖁᓕᕆᓂᖅᓯᒪᓕᓐᓂᒃ
ᐊᑎᓕᑦᓴᖅᓯᒪᔨᑎᒃ 21
ᑕᖅᑭᑦᑐᖅᓯᒪᓕ ᐊᓪᓚᕆᒃ ᐃᓄᐃᑦᓴᓕᐅᑎᓕᓴᕐᓂᒃ ᐱᓇᓴᐊᖅᑲᐃᓐᓇᑦ 25
ᑕᒪᑕᒪᑦᓴᐃᑎᑦ ᐃᓄᐃᑦᑕᐃᓕᐊᖅᓴᓴᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦᓴᓕᐃᑎᒃ ᐱᐊᕐᖁᑦᓂᒃ, ᐃᐊᒃᓄᓂᓐᓂ ᐃᓕᓴᓂᓐᓂ
..... 28
ᐃᓄᓪᓕᖅᓂᓂᒃ ᐊᓪᓚᕆᓂ ᓄᓇᓗᓂ ᐱᒋᐊᕐᔪᑎᓄᓕᑦ ᐃᓄᐃᑦᓴᓕᐃᑎᒃᑲᓗᓄᓕᑦ 31
ᐱᖁᓄᔪᑦᓴᐊᖅᑲᑦᑐᓴᖁᑦ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᐃᓪᓕᓂᕐᑭᔪᖅᓯᓗᓇᖅᑲᑦ, ᐃᓄᐅᖁᖅᓂᓐᓂ ᐊᓪᓚᕆᓂ
ᖁᓄᐃᔪᖅᓂᒃᓴᓕᓂᐊᑎᑦᓴᓕᓕᐊᖁᖅᓂᓕᑦ 35
ᓄᓇᓕᑦ ᑎᑎᖁᑎᒃᑲᑦ 37
ᐊᖅᓂᐊᓂᕆᐃᑎᓄᓕᑦ ᐊᓪᓚᕆᓂ ᑎᑎᐅᑦ ᖁᓄᐃᒃᑲᓴᐊᖁᖅᓂᖏᓐᓄᓕᑦ 39
ᐃᓄᐃᑦ ᖁᓄᐃᒃᑲᓴᐊᖁᖅᓂᓕᕆᓂᐊᖅᓯᒪᓕᑦ 44
ᑑᑭᔪᑦᑎᓴᕆᓪᓚᕆᐅᑦ ᑑᓇᖁᑦᓇᒃᑲᑦ 44
ᐱᓇᓴᑦᑎᓂᕆᑦ 45
ᐃᓄᐃᑦ ᖁᓄᒃᑲᓴᐊᖁᖅᓂᒃᑲᓂᒃ ᓴᓐᑦᓴᓴᓪᓚᑦᔪᑦ 45
ᐊᖅᓂᐊᓕᖁᑦᑌᓕᒪᑎᑦᓴᓂᖁᑦᔪᑦ ᖁᓄᐃᒃᑲᓴᐊᖁᖅᓂᓕᕆᓂᖅᓯᒪᓕ ᑫᓕᑐᑐᐃᓄᓂᖁᑦᔪᑦ 48
ᖁᓄᐃᒃᑲᓴᐊᖁᖅᑐᑐᓂᒃ ᐃᓕᓴᖅᓂᐊᖅᑲᒃᑎᑦᓴᓂᖁᑦᔪᑦ 62
ᓇᓴᒥᐊᖁᖅᓴᓪᓚᑦ - ᑲᒪᓇᓴᖅᓂᔪᑦ - ᑐᑭᓴᒪᓕᑎᑎᑦᓴᓕᕆᓂᖅᓯᒪᔪᑦ 74
ᖁᑎᑦᓴᖅᓯᒪᔪᑦ ᓇᓪᓴᖅᓴᔪᓪᓚᑦ 75
ᑕᑯᓀᒪᑕᐅᔨᓴᖅ 2012-2013-ᒥ 77
ᐃᓄᐃᑦ ᐱᒻᒪᓴᔨᑎᒃᑲᑦ ᐱᓇᓴᐊᔨᖁᑦᑐᓪᓚᑦ 79
ᐅᖁᑎᓴᕆᓂᖅᑲᑦ ᑑᑭᔪᑦᑎᓴᓴᓕᐅᑦ 79
ᐃᖁᓴᓕᓂᒃᓴᖅ 80
ᐃᓕᓐᓂᐊᓚᖁᖁᑎᑕᐅᖁᑦᑕᓴᒪᔨᐊᓂᓕᖁᓂᓐᓂ ᐃᓴᐊᖁᖅᓴᔨᓕᓚᓂᓕᖁᓂᓐᓂ ᐱᓇᓴᐊᒪᑦᓴᖅᑲᑦᑕᐅᒪᔨᖑᓪᓕᖅᑐᑦ 80
ᐃᓄᐃᑦ ᑎᒍᐊᑭᓴᑎᑕᐅᖁᑦᑐᑦ 81
ᓴᓐᓂᓕᑦᓴᖅᑕᓴᖁᖅᓂᖅᓴᓴᓕᕆᓂᖅᓯᒪᓕ ᐱᓇᓴᐊᒪᑦᓴᑦ 81

ᐅᓇ ᑕᑯᑦᓴᐅᑎᑦᓯᓐᓄᑦ ᖃᓄᓯᑦ ᑭᓇᐅᔭᑦ ᐊᔪᐃᓐᓇᐊᑎᑕᐅᓐᓂᒪᖕᓂᒃᑕ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐊᔪᓂ ᐱᒋᐊᖕᓂᑎᓗᒍ ᐊᖕᓇᖅᑐᓂᓕᕆᔨᓐᓂᐊᖕᓂᖅᓴᖅ 2011-12 ᖃᓄᓯᓗᔪᐃᓐᓗ ᐊᔪᖕᑕᐅᔭᖕᓂᒪᖕᓂᒃᑕ. 82
ᖃᓄᐃᓐᖓᓯᓯᐊᓕᓯᐊᖕᓂᑎᓯᓂᒍᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᕕᒃ 83
ᑭᓇᐅᔭᖕᓂᓄ ᐱᐱᐅᖕᓄᑕᒪᓕᐅᖕᓂᔪᑦ 88
ᓄᓇᕗᓄ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᓚᓂᖕᒥ ᐃᓄᓕᓚᓂᖕᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᓂᐅᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᖕᒪᑦ ᑐᖏᒪᖕᖓ
..... 88
ᐱᖕᔨᑎᒪᒫᓂᑦ ᐱᐅᓄᔪᑎᑦ 90
ᐱᓇᓯᑦᑎᓕᓚᖅ 92
ᓄᓇᕗᓄᒫᓕᖕᓄᒃᓴᖅ ᐱᓇᓯᕗᖅ ᐱᓇᓯᑦᑎᓕᓚᓂᖕᒥᔪᐊᖕᓄᒫᓴᓂᓄᖅ ᐱᕐᑦᓕᐊᓂᖅ 97
ᐅᖕᓄᐅᓯᑦᔨᖕᓂᑦ ᑐᑭᒧᐊᖕᓂᑎᓯᓗᐅᑦ 97
ᐱᒋᐅᖕᔨᔭᓕ 98
ᐱᓇᓯᑦᑎᑦᑕᓂᓄᑦ ᐊᒡᒪᒪ ᓯᖕᒋᐅᓯᓚᓂᖕᓂᓄᑦ 99
ᐱᓇᓯᒪᔨᑦ ᖃᓄᐃᓕᓂᖕᓄᒫᐅᓯᖕᒋᑦ 99
ᐊᓯᓯᖕᒋᑦ ᓯᓇᓯᐊᖕᓂᐃᓂᐅᓯᑦ 100
ᐱᓇᓯᓂᐃᖕᓄᒫᑦ ᓯᓪᑕᒧᐊᓪᓚᖕᓄᒫᓴᓂᓄᖅ ᐱᑦᔪᔨᓂᖕᓂᓄᑦ 102
ᐅᖕᓄᐅᓯᑦᔨᖕᓂᑦ ᑐᑭᒧᐊᖕᓂᑎᓯᓗᐅᑦ 102
ᐃᒪᓕᖕᓄᐅᑎᓪᓗᑦ ᐃᒪᓕᖕᓄᐅᑎᖕᓄᖕᓂᒋᑐᐃᑦ ᐱᕐᑦᓪᓚᓯᑎᑦᑕᓂᑎᑦᑕᑦ 104
ᐱᓇᓯᐊᖕᓂᐃᐅᑦ ᓯᓇᓯᐊᖕᓂᐃᓂᐅᓯᑦᔨᑦ 104
ᐱᓇᓯᓂᐃᐅᑦ ᑐᑭᒪᖕᓂᑎᓯᓂᒍᑦ ᐊᖕᓂᑦᓯᐊᖕᓂᖕᓂᑦ 105

ᓄᓇᕗᒃ - "ᓄᓇ ᐊᖑᓪᓚᖅ ᓄᓇᒋᔭᐅᓚᖅ"

ᓄᓇᕗᒃ ᐃᓄᓕᕐᕕᓕᓗ



ᓄᓇᕗᒃ, ᐃᓄᑐᐃᓐᓄᓕ ᓄᓇᖅᑕ ᐊᐯᒪᑎᑐᖅ ᐊᖑᓪᓚᖅ 500,000 ᑭᓚᒥᑌᓕ ᓱᒃᑭᑌᓕ ᐅᖅᑕᒪᓂᓗᑐᒃ. ᓄᓇᖅᑕ ᐊᓕᔨᑎᖅᕕᐅᑐᒪᓚᒃ ᐃᓚᖅᑕ ᓇᒡᓐᑐᓚᒃ, ᖃᖅᖁᓚᒃ, ᐃᓚᖅᑕ ᓇᒡᓐᑐᖃᖅᓂ ᐊᒥᓚᐊᓗᓂ ᑕᓱᖃᖅᓂ ᑯᓱᖅᓂᓗ ᐊᒪᒪᓗ ᑕᓪᓕᐅᖅᑕ ᐊᑐᖅᑕᐃᓕᓚᓂᖅ.

ᓄᓇᕗᒃ ᐊᓕᔨᑎᖅᕕᐅᑐᓂᒃ ᑐᑭᖅᖃᑎᑕᐅᓂᒡᓕᑐᖅ. ᐃᓚᖅᑭᓐᓂ ᓄᓇᕗᒃ ᑐᑭᓚᒃ "ᓄᓇ ᑐᖏᐊᓪᓚᓕᒡᑐᖅ". ᒪᑕᓱ ᖁᓚᐅᖅ ᐅᓚᕐᔪᓱᒪᑎᓐᓂᖅᓂ, ᓄᓇᕗᒃ ᑐᑭᓚᒃ "ᓄᓇ ᐊᖑᓪᓚᖅ ᐅᒪᓕᔭᓂ ᐃᓂᓪᓕᖅ".

ᐅᓪᓗᒥ, ᓄᓇᕗᒃ ᓄᓇᓪᓕᔪᓚᓚᒃ ᐃᓄᓐᓂᒃ ᒥᓪᓴᐅᔨᖏᓪᓕᑐᓪ 12,000-ᓂᒃ, 90%-ᖓᓂᒃ ᐃᓄᑐᐃᓐᓄᓕ, ᓄᓇᖃᖅᓯᑎᒃ ᖁᓕᓚᓪᓚᓂᒃ ᓄᓇᓚᐅᓂᒃ ᓱᓕᔨᑎᑐᓂᒃ ᓄᓇᓚ ᑐᑭᐊᓂᒡᓕᑐᓂᓪᓚ: ᓄᓇᔪᐊᖏᓴᐅᒃ, ᐅᒥᐅᔭᖅᑐᒃ, ᐃᓄᒃᔪᐊᖏᖅᑐᒃ, ᐳᐱᖅᓂᒡᓕᖅᑐᒃ, ᐊᖑᓚᐱᒃ, ᐃᒡᓗᐅᒃ, ᓴᓚᒍᓐᓇᔪᖏᖅᑐᒃ, ᖁᖑᖅᑕᖅᑐᒃ, ᖃᖓᓕᖅᑐᒃ, ᑕᓱᐅᔭᖅᑐᒃ, ᓄᓇᔪᐊᖏᖅᑐᒃ ᐊᖏᓚᒃ ᖃᖓᓕᖅᑐᒃᓴᓇᓚᐅᖏᖅᑐᒃ.

ᓄᓇᓕᒃ ᐊᑐᓂᒃ ᐃᓪᓗᑕᓕᒃ ᐊᖏᓚᒃ ᐱᔪᓐᓇᐅᔨᓄᑦᓴᓕᓱᑎᒃ ᑕᓴᒥᐅᒃ ᐱᔪᓐᓇᐅᔨᐅᔪᑎᑎᓕᓱᖓᓂᒃᓗᒃ ᐅᒃᑐᑕᕆᐊᑎᑕᓱᓕᓕᒃ:
ᐃᓪᓗᓐᓇᖏᑦ ᐃᒪᓕᖃᓄᑦ ᓄᓇᕗᓂᒃ, ᐅᒃᓗᑕᒋᓕ ᐃᒥᓴᑕᐅᓄᓕᓱᑎᒃ ᐃᒥᓴᑕᐅᑎᒍᑦ ᓄᓇᖃᓄᑦᓯᒪᓕᒃ ᐃᒥᓴᑕᒪᓂᓕᖅᑐᓂᒃ.
ᓄᓇᓕᓕᖏᑐᒃ ᖁᓴᓂᓄᖏᓪᓗᓴᖃᖅᓯᒪᓕᖅᑐᒃ; ᖃᖅᖓᓕᑕᕐᓂᓄᓕ ᑎᑭᑕᐅᑕᑕᓄᑦ ᖁᓕᓚᐅᖅ ᐅᒥᐊᓴᕐᓂᓄᓕ ᐅᓴᖅᑕᑕᓄᓕ.
ᓄᓇᖃᖅᓯᒪᓕᖅᑐᒃ ᓄᓇ ᑐᑭᐊᓂᔅᓴᓐᓇᖅᑐᒃᓴᓇᓚᐅᖏᖅᑐᒃ, ᓄᓇᕗᐊᑭᐃᓐᓇ ᐊᓂᖅᑕᒃ ᓄᓇᓕᐅᑐᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᓱᓕᔨᖅᓂᔅᓴᑕᒃ ᓱᓕᔨᖅᓚ ᑕᑭᓂᖅᑕᒃᓴᑎᑐᒃ 2,500 ᑭᓚᒥᑌᓂᒃ, ᓄᓇᕗᓂ ᐃᓕᖅᑕᒃ ᑕᓱᐅᔭᖅᓴᓇᐊᓂ ᓱᓕᔨᖅᓚᓂᒥᓴᓂ, ᐃᓕᖅᑕᓪᓕ ᓄᑲᒪᒋᑐᑦ ᐊᖏᓚᒃ ᐅᖅᑕᒪᓂᖅᑐᑦ. ᓄᓇᔪᐊᖏᖅᑐᒃ ᓄᓇᓕᖅᑐᑦ, ᓄᓇᓕᐊᓂᒃ ᓄᓇᓚᒋᔭᐅᓂᖅᑐᑦ ᐊᓂᐊᓕᔭᖅᑐᒃ, ᐳᓴᐅᑎᑕᐅᓂᐊᓕᒃ ᐊᓂᐊᓕᔭᖅᑐᒃ, ᐃᓚᖅᑕᐃᓕᓚᓂᖅᑐᒃ ᐊᓂᐊᓕᔭᖅᑐᒃ ᐊᑐ

ᐊᖏᑕᖏᓯᑎᒃ, ᓯᓚᐅᑦ ᖃᓄᐃᑦᑐᓂᖅᓴᒃ ᒪᓕᑦᓯᔪ.
ᓄᓇᕆᒪᒥᐅᑦ ᐃᓄᑐᐃᓐᓇᓕᖅᑐᑦ ᓴᐃᒪᑎᒃ, ᐃᓄᒃᑎᑐᑦᑕᓕᖅᑎᑦ ᓄᓯᖅᓯᔪᖅᑐᑦ. ᖃᐅᔨᔪᑦᑕᐅᖅᖃᒃ, ᑲᓕᒪᑐᖃᒃᑲᐅᑦ ᐱᓇᓱᓕᖅᖃᓂᖅᖃᓂᒃᑯᓄᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓗᐃᓐᓂᒃ, ᖃᒃᑯᓄᐃᓐᓂᑦᓴᒪᓂᐅᑎᖅᑐᑦ, ᐱᐊᓇᓐᓂᖅᖃᓂᒃᑯᓄᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓗᐃᖅᓯᒃ, ᔪᐃᐃᐃᑎᑐᑦᓯᓂᖅᓴᒃᑯᓄᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓗᐃᓐᓂᒃᑯᓄᑦ.
ᖃᐅᔨᓴᓂᖅᓴᐃᓕᓐᓂᑦ ᓄᓇᕆᒪᒥᔪᓕᕆᓂᖅᓴᒃ ᖃᐅᔨᓴᓂᐊᕐᓇᖅᑐᑦ ᐅᖃᓕᒫ: www.nunavik.ca

ᑭᑎᑦᓯᑎᑎᒍᑦ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᑦ



ᑭᑎᑦᓯᑎᑎᒍᑦ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᖃᓄᐃᒪᓕᖅᑎᒋᑦ ᓴᖅᑭᓂᖃᕐᓂᐊᕐᔪᐊᑦ ᐯᐅᓪᓚᒥᓂᐅᑦ ᐃᓄᓴᓴᑭᓂᖃᕐᓂᐊᕐᓇᒪᒥᖅ ᐊᖏᕐᕕᒃᓄᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅ, ᓄᑕᖏᒥᓂᖅ ᐃᓄᐃᙱᓐᓂᖅᑐᑦᓂᖃᕐᓂᐊᕐᓇᑎᖅ ᐋᓐᓂᓴᖅᑐᑦᓂᖃᕐᓂᐊᕐᓇᑎᓪᓗ ᓴᑕᒪᕐᓂᓪ. ᐊᖏᓴᒪᒪᓕᕆᓂᖅ ᐋᓐᓂᓴᖅᑐᑦᓂᖃᕐᓂᐊᕐᓇᑎᖅ. ᐃᓄᐃᙱᓐᓂᖅᑐᑦᓂᖃᕐᓂᐊᕐᓇᑎᓪᓗ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᒪᓕᕆᓂᖅᓱᖅ ᐊᑐᑎᔨᓴᖅᙱᓐᓂᖅᑐᑦᓂᖃᕐᓂᐊᕐᓇᑎᓴᓕᒃ ᐃᒪᓕᕆᓂᖅᓱᖅᓯᒪᔪᖅ ᓴᑕᒪᕐᓂᓪ 15-ᓪ 19-ᓪ ᐊᑯᓐᓂᖏᓂ 46-ᓂᓪ ᐊᐃᑐᑦ ᐊᓕᓴᕆᓇᓂᖅᑐᑦ ᐃᓄᐃᙱᓐᓂᖅᑐᑦᓂᖃᕐᓂᐊᕐᓇᑎᖅ ᐃᒪᓕᕆᓂᖅᓱᖅᓯᒪᔪᖅ ᐃᓄᐃᙱᓐᓂᖅᑐᑦᓂᖃᕐᓂᐊᕐᓇᑎᖅ ᐃᓄᐃᙱᓐᓂᖅᑐᑦᓂᖃᕐᓂᐊᕐᓇᑎᓪᓗ

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᕐᓗᓂᖅᓯᒪᓕᖅ ᐃᓄᓐᓂᖅᓯᒪᓕᖅ ᐱᒍᑦᔨᐸᐃᑦ

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᕐᓗᓂᖅᓯᒪ ᐱᒍᑦᔨᐅᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓴᐃᐅᔪᑦ ᐅᑯᐊᖅᑐᒍᑦᑐᑦ, ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓕᓴᕐᓗᓂᖅᓯᒪᓕᖅ ᐱᒍᑦᔨᐅᓂᖅᓄᑦ, ᐃᓄᓕᓕᓴᐃᓐᑦ ᐊᐅᓂᐊᐃᓐᑦ (ᑕᓴᐅᖅᑲᔪᐊᒥ) ᐊᒻᒪᓗ ᐅᖅᑕᕆᒥᐅᑦ ᐊᐅᓂᐊᐃᓐᖅᓗ ᑐᓕᑦᑕᐃᓐᑦ (ᐅᖅᑕᕆᓕᒥ). ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᕐᓗᓂᖅᓯᒪᓕᖅ ᐱᒍᑦᔨᐅᓂᖅᓄᑦ ᐱᓕᕆᓕᐊᑕᐅᓂᖅᑲᖅᓴᓕᒃᑐᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᔭᒥᓴ *V* ᑯᐯᓕᑦ ᑕᑦᑎᐅᓂᓂ ᐊᖅᓴᖅᑲᓱᒪᔨᑎᑐᐅᓴᓕᔪᑦ *1975-ᒥ* ᐃᓕᓴᐊᖅᑕᐅᔨᑎᑎᓴᖅᓴᕆᓐᓄᑦ ᐊᖅᓴᖅᑲᑎᑎᔨᑎᑐᐅᑦ. ᐃᓂᓕᓴᐅᓴᐅᓴᖅᓗ ᐃᓕᓴᕐᓗᓂᖅᓯᒪᓕᖅ ᐱᒍᑦᔨᐅᓕᑦ ᐊᐅᓚᑦᑕᐅᓂᖅᑲᖅᓴᓐᖅ ᑯᐯᐅᑎᒥ, ᑭᓴᐅᓕᖅᑐᒥ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᔭᕐᓗ *V* ᑯᐯᓕᑦ ᑕᑦᑎᐅᓂᓂ ᐊᖅᓴᖅᑲᓱᒪᔨᑎᑐᐅᓴᓕᔪᑦ *1975-ᒥ* ᐃᓕᓴᐊᖅᑕᐅᔨᑎᑎᓴᖅᓴᕆᓐᓄᑦ ᐊᖅᓴᖅᑲᑎᑎᔨᑎᑐᐅᑦ. ᐃᓂᓕᓴᐅᓴᐅᓴᖅᓗ ᐃᓕᓴᕐᓗᓂᖅᓯᒪᓕᖅ ᐱᒍᑦᔨᐅᓕᑦ ᐊᐅᓚᑦᑕᐅᓂᖅᑲᖅᓴᓐᖅ ᐊᖅᓴᖅᑲᑎᑎ

- ᑲᒪᔨᑦᒪᓗᓪᓕ ᐊᓂᓂᕐᐳᓪᓂ ᑕᒥᓂ (ᑐᓴᕐᑕᕕᑦᑎ ᐃᓄᓕᓴᕐᓂᑎᓕ, ᒪᖅᔭᓕ ᐃᓕᑎᔪᒃ);
- ᑎᒃᓄᐊᑕᑎᔨᒪᔪᑎᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᓪᓄᑦ ᐊᓂᓂᕐᐳᕆᒃ ᓄᓇᓖᑦ ᑭᒃᓯᑐᖅᑎᖏᓪᓕᕐᓂ ᓇᓪᓕᖏᓪᓕ (ᒪᖅᔭᒥᐊᓖᒃ).
- ᑭᒃᓯᑐᖅᑎ ᓇᓪᓕᑲᓴᕐᑎᔨᒪᔪᖅ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕐᓚᖏᓐᓂ ᑲᑎᒪᔨᖏᓪᓄᑦ;
- ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᖅ ᐃᓄᓕᓴᕐᓇᓂᖅᑎᓕ ᐃᓄᓕᓇᓂᖅᑎᓕ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᓪᓄᑦᑕ ᑲᒪᔨᖓᓚᖅ.

ᑐᙵᓇᑐᒥᒃ ᐊᐅᓪᓚᕆᔨᐅᓪᓚᕆᑎᓪᓗ, ᑲᑎᒪᓕᕆᓂ ᑲᒪᒋᔭᖅᑲᐊᕐᓇᖅᑲᓕᒫᒥᓂᖅ ᓇᓗᓴᕐᓂᒋᐊᕐᓇᖅᑲᖅᓯᓂᒃᑯᑦ ᕕᑐᓪᓕᐅᔨᐅᒋᐊᓕᓴᕐᓂᖅ ᑭᖑᓂᖅᓱᓇᓕᒫᖅ ᐱᖓᓱᒍᒪᓇᖓᓂᖅ ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓄᓕᓴᕐᓇᓂᖅᑎᓕ ᐊᐅᓪᓚᕆᔨᐅᓪᓚᕆᑎᓪᓗ ᐱᖓᓱᒍᒪᓇᖓᓂᖅ ᑲᑎᒪᓂᖅᑲᓕᒫᒥᓂᖅ ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᖅ ᐃᓄᓕᓴᕐᓇᓂᖅᑎᓕ ᐊᐅᓪᓚᕆᔨᐅᓪᓚᕆᑎᓪᓗ ᐱᖓᓱᒍᒪᓇᖓᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᖏᓪᓄᑦ.

ᐱᖓᔪᓂᒍᒧᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᖏᓪᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖓᓚᖅ ᑲᑎᒪᔨᖏᓪᓄᑦ ᐃᓄᐃᓐᓇᕐᓂᓕᕆᔨᑲᖅᓯᓂᖅ.

ᐊᐅᓂᐊᕕᒃ



ᐱᒍᑦᓴᓐᓂ ᐱᕕᖅᓯᖅᑎᑎᑕᐅᔪᓐᓇᑦ ᐃᓂᒋᖅᓯᖅᑎᑎᑕᐅᕗᑦ ᓄᓇᓕᑎᒍᑦ ᓄᑦᓴᑎᒍᑦᔪ – ᑕᓯᐅᓴᖅᔪᐊᑦ ᓄᑦᓴᖅᓴᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᖅᓱᕐᐅᑦ ᓄᑦᓴᖅᓴᒃ - ᐊᐅᓂᐊᕕᒃᓂᓂ ᐱᓇᓄᐊᖅᑕᐅᕐᓯᓂᖅ, ᐅᖅᓱᕐᓯᑕᐅᑦ ᐊᐅᓂᐊᕕᖅᓱᓂᓂ ᑐᓪᓚᑦᑎᒻᒥᑦ ᓄᑦᓴᖅᓴᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᓕᓯᓄᒻᒥᑦ ᐊᐅᓂᐊᕕᖅᓱᒻᒥᑦ. ᒫᓐᓇᐅᔭᖅ ᐊᐅᓂᐊᕕᖅᓱᓂᓂ ᐱᓇᓄᐊᖅᑕᐅᕐᓯᓂᖅ (15-ᓂᒃ ᓄᓂᐟᐱᑕᓂᑦ ᐊᑐᓂᑦ) ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑯᓂᖅᑐᑎᒃ ᐊᐅᓂᐊᕕᖅᓱᒻᒥᑎᓂᑦ ᓇᔨᓂᖅᓱᓂᓂᒃ.

ᑐᓪᓚᑦᑕᕕᒃ ᐊᐅᓂᐊᕕᒃ ᐱᓇᓄᐊᖅᑲᓂᖅᓴᖅ ᑲᑎᒪᔨᖅᓱᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓴᕐᕕᒃ ᐊᐅᓂᐊᕕᖅᓱᒻᒥᑎᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑐᓂᖅᓴᖅᑎᑦᑎᓂᑦ ᐊᐅᓂᐊᕕᖅᓱᒻᒥᑎᓂᑦ ᐃᓚᖅᑲᓇᐃᔨᓂᖅ. ᐃᓚᖅᑲᓇᐃᔨᓂᖅ ᐊᐅᓂᐊᕕᖅᓱᒻᒥᑎᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᓂᐊᕕᖅᓱᒻᒥᑎᓂᑦ ᐃᓚᖅᑲᓇᐃᔨᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᓂᐊᕕᖅᓱᒻᒥᑎᓂᑦ ᐃᓚᖅᑲᓇᐃᔨᓂᖅ.

ᐊᓯᖏᑦ ᐱᒍᑦᕕᖅᑕᓪᓚᑦᓗᓂᑦ ᐱᐊᔪᓐᓇᕐᓂᖅ/ᑲᓴᑲᓪᓂᑦ ᑲᐱᓴᖅᓗᓗ ᓴᓐᓗᑦᔪᑲᐃᓴᖅᓱᖅ, ᒪᓴᓯᓂᓴ ᐱᒍᑦᓴᑲᐃᓴᒃ, ᐁᑦᑕᓴᖅ ᑲᓴᖅᓱᖅᓄᑦ ᐁᑦᑕᓴᖅᓗᓗ ᑕᓯᐅᓴᖅᔪᐊᑦ ᓯᑦᓴᖅᓱᓄᑦᑐᓴᖅ. ᐊᑕᐅᓯᓗᓗ ᓄᓇᓕᓐᓄᑦ ᐱᒍᑦᕕᐊᖅ ᓴᑦᓗᓄᖅᓱᓴᖅ 14-ᓄᑦ ᐃᓂᒪᓴᐅᒍᓐᓇᖅᑐᓴᖅ, ᒪᓴᓐᓗ ᓯᑦᓴᐅᔨᖅᓂ ᑕᒣᖅᓂ ᐊᓂᖏᓐᓇᐃᖅ ᓯᑕᒪᐅᔨᖅᑐᓄᑦ ᓄᓇᓕᓐᓄᑦᑐᓗ ᐊᑐᓂᑦᑐᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᖅᓯᐊᓂᑦᑐᓗ ᐱᒍᑦᕕᐊᖅᑐᒥᑦ ᓄᓇᓕᖅ ᓴᓂᓕᖅᑐᓗ ᓯᑕᒪᖅᓗᐃᑦ ᐊᑐᓂᑦ.



ᓄᓇᓕᖅ ᐊᑐᓂᑦ ᐃᖅᓯᐊᓂᐊᕕᖅᓱᓂᓂᓴᖅ, ᐊᑦᓴᒋᓱᖅᓯᑐᓄᖅ ᐱᓇᓯᑎᓱᖅᓯᒪᓂᖅ ᐃᓗᓯᓚᓂᓴᒻᒥ ᐱᒻᒪᕆᐊᖃᖅ ᓄᓇᓕᒻᒥᓄᖅ. ᐊᐅᓚᑦᓴᖅᓱᒻᒥᓂᖅ ᐊᐅᓂᐊᕕᖅᓱᒻᒥᑎᓂᑦ ᐱᒻᒪᓇᓕᖅᓱᒻᒥᓂᖅ ᐊᑦᓴᒋᓱᖅᓯᑐᓄᖅᓯᓂᖅ, ᓄᓇᓕᑦᑐᓂᖅ ᐊᐅᓂᐊᕕᖅᓱᒻᒥᑎᓂᑦ ᐱᒻᒪᓇᓕᖅᓱᒻᒥᓂᖅ ᐊᑦᓴᒋᓱᖅᓯᑐᓄᖅᓯ

ᐊᐟᓂᐊᕐᓇᖅᑐᖅᓯᒪᔪᖅ ᐱᔪᖅᓴᐅᓇᖅᑐᒃ ᒪᓐᑐᓴᐊᒋᖅᑐᑐᒃᓴᖅ ᐊᐟᖏᓂᕐᑎᑦᑐᒃᓴᖅ ᐃᑲᔪᖅᑐᑦᑐᒃᓴᖅ
ᐊᐟᓂᐊᕐᓇᖅᑐᖅᑐᒃᓴᓇᖅᑐᒃᓴᐊᖅᑐᑦ, ᑐᓴᓴᒪᓂᖅᑎᑦᑐᒃᓴᓂᕐᓂᖅᑐᑦ, ᐊᐅᓪᓚᐅᑦᑐᒃᓴᓂᕐᓂᖅᑐᑦ,
ᓂᓪᑕᕐᓇᖅᑐᒃᓴᓂᕐᑎᑦᑐᒃᓴᓂᕐᓂᖅᑐᑦ ᑐᓴᕆᖅᑐᒃᓴᓂᕐᓂᖅᑐᑦ, ᐊᒪᓚᓗ ᐊᐟᓂᐊᕐᓇᓐᓂ ᑕᕝᕕᑦᑐᓂᓕᓂᖅ
ᑲᑐᑦᕆᖅᑎᑎᖅᑲᓴᓂᖅᑎᑎᖅ.

ᑕᑦᓂᒪᓂᖅ ᓂᓂᕐᐱᑕᓂᖅ ᓄᓇᓕᒧᓂᖅ ᖃᒪᓕᕆᔨᑦᓴᐅᑎᒋᔭᐅᓂᖅᓂᖅ ᐱᔪᖅᕆᐱᐊᖅ, ᐳᐱᖅᓂᑐᒋᑦᑐᒃᓴᖅ,
ᐃᓕᒪᖅᓂᖅ ᐃᖅᓴᑕᕆᔨᐅᓂᖅᓂᖅ ᐱᔪᖅᕆᐱᐊᕐᓇᖅᑐᒃᓴᖅ.

ᐊᖏᓂᖅᓯᒪᑦ ᐊᖏᓂᖅᓴᓗ ᑐᑭᒍᑎᑦᑎᓯᔪᖅᓯᒪᑦ ᐅᖃᓕᕆᓂᖅ

ᐱᖓᒪᑦᓯᖏᓐᓂᒃ, ᓄᐃᑦᓯᖏᑕᒪᔭᒍᒪᖅ ᐱᑦᔨᑎᑐᐃᓐᓂᒃ, ᑎᓕᕗᐅᒪᐅᑎᑦᑎᓂᒃ, ᑐᖅᑎᒍᐃᓐᓂᒃ, ᐱᒪᒪᓕᕆᔨᑦᑎᓂᒃᓴᓗ, ᐃᓗᓕᓯᖏᓐᓂᒃ ᑐᑭᓯᐅᑎᑦᑎᓂᒃ ᐃᓗᓕᓯᖏᓐᓂᒃ ᑐᑭᓯᐅᑎᑦᑎᓂᒃ ᐃᓗᓕᓯᖏᓐᓂᒃ ᐃᓗᓕᓯᖏᓐᓂᒃ ᐃᓗᓕᓯᖏᓐ

ᑕᒪᔨᓇ, ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓕᓴᕆᓂᕗᖅ ᓴᓇᓕᕕᒋᔭᖅ ᐃᓅᓕᓴᕐᔪᐊᓕ ᐊᐅᓚᐅᕗᖅᓯᓂ ᑐᓴᕐᕿᑎᓕᕆᓕᖅᓯᓐᓴᓂᓕ ᑲᓇᑕᒥ ᖃᖅᓴᓕᑕᔭᓚᒋᓂ ᐃᖅᑲᓇᕐᓂᖅᓯᓂ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᓕᖅᑐᑎᓕᕆᓂᖅᓯᓂ, ᐃᖅᑲᓇᕐᔪᐊᓕᖅᓯᒥᐅᖅ ᑐᓴᖅᑕᑦᓂᐊᖅ ᐊᕕᓴᕐᓂᓗ ᐊᖅᓴᔨᔭᖅᑲᐅᐃᑦ ᐱᓇᕕᔨᖅᑎᑎᐅᕕᒋᑦ ᓴᐃᕐᔪᐊᓘᑐᑎᓂᖅ ᖃᓄᐃᓐᓇᖅᑐᑦ ᑲᖅᓴᓕᑕᔭᓚᒋᓂ ᐱᑕᖅᑎᑎᐅᕕᒋᑦᓯᓂ ᑲᖅᓴᓕᑕᔭᓚᒋᓂ ᖃᓄᐃᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᓕᖅᑐᑎᓕᕆᓂᖅᓯᓂ ᐊᓕᓚᒃᑐᖅᓯᓂ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᓕᖅᑐᑎᓕᕆᓂᖅᓯᓂ ᐊᖅᓴᔨᔭᖅᑎᑎᐅᕕᒋᑦ ᐊᖅᓴᔨᔭᖅᑎᑎᐅᕕᒋᑦ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᓕᖅᑐᑎᓕᕆᓂᖅᓯᓂ

- ᐱᓕᓯᐊᖅᑲᑎᖅᑲᓪᓚᕐᔪᑐᑦ ᐃᑐᓯᑎᓂᓂᖅᑎᑦ ᐃᓄᓯᑎᓂᖅᑎᓐᓄ ᑐᖅᖃᑦᓴᐃᓕᑦ ᖃᐅᔨᓕᕆᔨᖅᑎᑦᓂᓕᕆᔨᖅ ᓄᓇᓕᖅᑎᑦ;

- ᐅᓇᓱ 5 ᑐᕐᖃᓂᐊᓇᓯᒪᓕᕐᔪᑦ ᑐᓂᔨᓴᓂᒍᑦ ᐃᓕᑦᑐᐊᔪᐊᑦ ᓴᓇᒪᓐᓕᖅᓂᓄᑦ ᐃᓐᓇᕐᓂᖅᑐᓂᕐᓴᐅᑎᓂᓕᕐᓂᐊᕐᓄᑦ ᐱᓕᕐᓂᐊᓕᕐᓂᖅᑐᑦ ᐃᓄᓯᑎᓂᓂᖅᑎᑦ ᐊᑐᓂᖅᑐᑦ ᐃᓄᓯᑎᓂᓂᖅᑎᑦᓂᓕᕆᔨᖅ ᑐᕐᖃᓂᐊᓇᓯᒪᓕᕐᔪᑦ ᐃᓄᓯᑎᓂᓂᖅᑎᑦᓂᓕᕆᔨᖅ ᑐᓂᔨᓴᓂᒍᑦ ᓄᓇᓕᖅᑎᑦ ᐃᓕᑦᑐᐊᔪᐊᑦ ᐃᓄᓯᑎᓂᓂᖅᑎᑦᓂᓕᕆᔨᖅ ᑐᕐᖃᓂᐊᓇᓯᒪᓕᕐᔪᑦ ᐃᓄᓯᑎᓂᓂᖅᑎᑦᓂᓕᕆᔨᖅ ᐱᓕᕐᓂᐊᓕᕐᓂᖅᑐ

ᑕᒪᓐᓂ ᐊᖏᕐᒧᑎᐅᕗᖅᓯᒪᓕ, 25 ᐃᓄᖅᐃᓐᓇᖅᑐᑦ 14-ᓂᑦ ᓄᓇᕗᓐᓂᑦ ᐱᓕᒪᔪᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦ 15 ᐅᖃᓕᒫᓂᖅᓄᓄᑦ ᐃᓕᐅᕐᐱᖃᑎᒌᕐᓂᖅᑐᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐊᖅᑎᑎᕆᐅᔪᓄᑦ.

ᒎᓐᓄᕐᓄᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᐅᔨᓪᓗᖅᓯᒪᓂᖅ, ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔪᑎᑎᐅᔨᓴᖅ ᐃᓚᖏᑎᓯᓚᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᓐᓂᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔪᑎᑎᐅᔨᓪᓗᒍᑦᓯᓂᐅᔪ ᐊᐪᓐᓂᐊᖅᓂ ᐱᓐᓂᐊᖅᓂ.

ᐊᖏᕆᔨᓴᖅ ᐃᓕᓴᕆᓂ, ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓯᕐᓇᕐᓴᖅ ᐊᔪᐃᓐᓇᐅᔪᑎᑎᒋᓂᖅᑐᖅ ᓯᕗ ᐱᓇᓯᐊᕈᑎᖅᑐᕆᐊᖃᕐᓂᖅᓱᖅ ᖃᓄᐃᓕᓴᕆᓂᖅᓱᒪᓕ ᐊᐅᓚᐅᖅᓱᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔪᑎᑎᐅᔨᓴᖅᓱᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔪᑎᑎᐅᔨᓴᖅᓱᒪᓕᒫᓂ ᐱᓐᓇᓕᒫᓂ. ᑕᒪᓐᓇ ᐅᖃᓐᓄᓂ ᐱᒻᒪᓚᒃᓕᓐᓄ. ᐅᖃᐅᓯᕆᓕᕐᓗᒍ ᖃᓄᐃᓕᓴᕆᓂᖅᓱᒪᓕᒫᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔪᑎᑎᐅᔨᓴᖅᓱᒪᓕᒫᓂᓗ ᐃᓕᓴᐅᓐᓂᓗ ᓄᓇᕗᒻᒥ. ᐅᖃᐅᓯᕆᓕᕐᓗᒍ, ᖃᓄᐃᓕᓴᕆᓂᖅᓱᒪᓕᒫᓂᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔪᑎᑎᐅᔨᓴᖅᓱᒪᓕᒫᓂᓗ ᐃᓕᓴᐅᓐᓂᓗ ᓄᓇᕗᒻᒥ. ᐅᖃᐅᓯᕆᓕᕐᓗᒍ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔪᑎᑎᐅᔨᓴᖅᓱᒪᓕᒫᓂ ᐃᓕᓴᐅᓐᓂᓗ ᐱᓐᓇᓕᒫᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔪᑎᑎᐅᔨᓴᖅᓱᒪᓕᒫᓂ ᐃᓕᓴᐅᓐᓂᓗ ᓄᓇᕗᒻᒥ

ᐱᔪᓐᓇᓕᕐᓂᐊᕐᓗᒍ ᑲᓪᓚᕐᓂᑐᑦ ᐊᑲᐅᓪᓗᒍ ᐃᓄᐃᖅᑐᑎᒃ ᐃᓂᓪᓕᖅᓯᓕᕐᓂᐊᓂᕐᓂᕆᔨᓂᖅ ᐱᑐᓂᖅᓴᓕᑲᓂᕐᓂᕆᔨᓂᓪᓗ ᐱᔪᓐᓇᖅᑐᓪᓗ. ᐊᐸᐃᖅᓴᑲᓕᕐᓂᐊᕐᓂᑎᒃᓂᓪᓗ ᐃᐱᓗᖅᓯᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦᓴᓕᖅᓴᖅ ᐃᓕᖅᑲᑕᕐᓂᐊᕐᓗᒍ, ᐱᓕᕆᔨᐊᖅᑎᑎᒃᓯᕆᔨᐊᓕᐊᖅᑐᖅᓯᑯᑦ ᑐᕐᖏᓪᓕᐊᓕᕆᔨᒪᔭᖏᑦ ᕆᔨᖏᑦᓕᕆᔨᐊᖅᑐᑦ. ᑕᒪᒍᓕ, ᓴᑯᑦᒥᕕᒪᓕᖏᓐᓄᑦᑕᑕᐅᖅᑐᖅ ᐱᓕᕆᔨᐊᖅᑎᑎᒃᓂᓪᓗ ᐃᓗᕆᓕᓚᓂᖅᑐᑦ ᐃᓄᐃᖅᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦ ᐱᓕᕆᔨᐊᖅᑎᑎᒃᓂᐅᕆᔨᒪᓕᒃ.

ᓴᕆᔨᐱ ᑭᑦᓭᔭᑦ
ᐊᖏᓚᔨᖅᑲᖅ

ᑦᐅᑦ ᐅᓪ
ᐅᖃᓕᕐᓂᑦ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓕᕆᔨᖏᓚᐅᑦ ᐃᓇᖅᑭᒪᔭᖏᓚᐅ

ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓕᓴᕆᓇᓂᖅᑎᑦᑕᒃ ᐃᓄᓕᓇᓂᖅᑎᓕᓐᓂ ᐱᒍᑦᔨᕐᕕᐊᔪᓂᑦ

ᐱᖁᔭᖅ ᓴᓴᑎᔨᓕᒃ ᐃᓕᓴᕆᓇᓂᖅᑎᑦᑕᒃ ᐃᓄᓕᓇᓂᖅᑎᓕᓐᓂ ᐱᒍᑦᔨᓂᖅᒍᑦ ᐊᒻᒪᓕ ᐊᓴᑦᔨᑎᖅᑕᐅᓴᒪᓂᖅᑎᑦ ᐱᖁᔭᖅᖅᒍᑎᑕᐅᓴᒪᔪᑦ ᐃᓕᓴᕆᑎᓵᔪᑦ ᐊᑕᐅᓴᐅᖅᑎᑐᓂᑦ (1991, ᐊᐱᑦᑐᓴᒪᓂᖅᓱᓵᑦᑐᖅ S-4.2) ᑐᑭᓴᖅᑎᑕᐅᓴᒪᑦᓴᐊᒪᑦ ᑲᒪᑎᔨᑦᕼᔨᖅᑎᓵᓂᑦ, ᐱᔪᓵᓄᐅᖅᑎᓵᓂᑦ ᓄᑭᖅᑲᑎᖅᑎᓵᓂᓗ ᑲᑎᒪᔨᑦ. Ċᓵᓄ ᐱᖁᔭᖅ ᐱᑕᖅᖅᑎᑦᓴᓂᑐᐃᓐᖅ ᐃᖅᑎᕐᕿᑎᑦᕼᓗᐊᖅᑕᖅᑎᓵᓂᑦ ᑲᒪᑎᔨᑦ ᑎᒍᒥᐊᖅᓂᖅᑎᓵᓂᓗ ᕿᓴᑦᕼᑎᑦᑕᐅᓴᒪᓂᖅᑎᑦ ᐱᑕᖅᑎᑎᑦᓴᓂᑦᓂᓗ ᑐᓴᕐᓄᐅᑎᓂᓗ ᑐᓂᔨᐅᑎᒥᓂᖅ ᑐᓂᔨᐅᑎᒥᓂᖅᓱᓵᑦᑐ

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᓚᓪᓗᐊᑦ ᑲᑎᒪᓕᖅᑎᑦ

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᓚᓪᓗᐊᑦ ᑲᑎᒪᓕᖅᑎᑦᑕ ᐃᓂᓚᖅᑐᑦᓴᖅ ᐃᒡᓗᖅᓴᖅ:



- ᐊᑕᐅᓴᖅ ᑭᒃᑯᓕᑎ ᑎᒃᓯᐊᑕᐅᒪᔪᖅ ᓄᓇᓕᐅᑦ ᑲᒡᒋᐱᖓᓕᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥᑉᐳᑐᒍᒥ ᓇᓗᓀᖅᑕᐅᓴᒪᔪᖅ ᐊᕐᕌᒍᓴᓕᓂᖅᑎᒃ 530.1-ᒥ ᒪᓕᒃᓴᒍ (14 ᐃᓕᐅᕐᕕᒃᓯᒪᓕᒃ)
- ᐳᕐᑐᓂᖅᓴᖅ ᑐᑭᒍᐊᑕᑎᓴᒃᑯᓗ ᐊᑐᓂᒃ ᐱᓇᓴᐊᖅᕕᓂᒃ ᐃᓕᓴᒃᓚᐊᖅᑕᓴᓴᓂ ᐊᑕᐅᓴᖅᑎᒥᒃ ᑎᒃᓯᐊᑕᐅᓴᒪᔪᖅᑎᒥᒃ ᑲᑎᒪᓕᐅᓂᒃ ᐊᑐᓂᒃ ᐱᓇᓴᐊᖅᕕᓂ, ᑎᒃᓯᐊᑕᐅᓴᒪᔪᖅ ᐱᔪᒪᓴᖅᑐᓂ ᓇᓗᓀᖅᑕᐅᓴᒪᔪᖅ ᐅᖃᐅᔾᔨᒌᖅᑐᓂᒃ 530.13-ᑭᑦᑐᑦ ᒪᓕᒃᓴᓂᑦ (ᓴᓇᒪᑦ ᐃᓕᐅᕐᕕᒃᓯᒪᓕᒃ);
- ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᒃ ᑲᑎᒪᓕᐅᑦ ᑎᒃᓯᐊᑕᐅᓴᒪᔪᖅ ᑲᑎᒪᓕᐅᖅᑐᓄᒃ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᒡᒪᓐᓇᖅ (ᐊᑕᐅᓴᖅ ᐃᓕᐅᕐᕕᒃ).
- ᐳᕐᑐᓂᖅᓴᖅ ᑐᑭᒍᐊᑕᑎᓴᒃᑯᓗ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᓚᓪᓗᐊᑦ (ᐊᑕᐅᓴᖅ ᐃᓕᐅᕐᕕᒃ).

ᑲᑎᒪᓕᐅᑦ ᑲᑎᒪᓂᒃᓴᓂᑦ ᑎᓴᒪᐃᓪᓗ 17, 2012-ᒥ, ᓄᑦᑕ ᐳᕐᑐᓂᖅᓴᖅᓴᖅ ᑲᑎᒪᓕᖅᑎᑦ ᓂᕈᐊᖅᑕᐅᓕᕐᕕᓴᑦ ᑲᑎᒪᓕᐅᓄᑦ:

ᕿᑦᓕᒃᑦ, ᓱᕈᐱ	ᐊᖏᓚᓴᖅᖠᖅ / ᐃᓄᓕᓕᓂᖅᑐᑦ ᑭᒃᑯᓕᑎᖏᓚ
ᑭᐃᑦᓗᑦᑐᒃ, ᐃᓕ	ᐊᖏᓚᓴᖅᖠᑦ ᑐᖏᓕᖏᓚ / ᐃᓄᒃᓴᐊᑦ ᑭᒃᑯᓕᑎᖏᓚ
ᐳᓐ, ᕆᐅᑦ	ᐳᕐᑐᓂᖅᓴᖅ ᑐᑭᒍᐊᑕᑎᓴᒃᑯᓂᑦ ᐃᓇᖏᒻᒪᓕᕐᕕᖓᑐᖅ / ᐊᑦᓕᑎᑕ

ᐊᒥᐊᓐᓇ, ᒪᑦᓴ	ᐊᖏᓂᖅᓴᓂᒃ ᑲᑎᒪᖅ / ᑲᓇᑕᒥᐅᓕᖅᑐᑦ ᐊᐅᓚᐅᖅᓯᒪᓕᒃᑲᓂᖅ ᐊᖏᓂᖅᓴᓂᒃ ᐅᑭᒧᐊᖅᑎᓯᓴᖅᓯᒪ
ᑲᐃᓕᓴᕐᓗ, ᐃᓕᓴᕐᓂᐊ	ᐊᖏᓂᖅᓴᓂᒃ ᑲᑎᒪᖅ / ᐊᓂᔨᑦᑐᑦ ᑭᒃᑯᓕᖅᑎᑦᓯᒪᓕᒃᑲᓂᖅ

ᑲᑎᒪᖅᑐᑦ ᑭᓚᒃᑯᓂᕐᒥᑦ ᒪᑦᓴ 31, 2012-ᒥ

<u>ᐊᖏᓂᖅᓴᓂᒃ ᑲᑎᒪᖅᑐᖅᑕᐅᑦ</u>

ᕿᑦᓭᒃᑦ, ᕿᓯᐱᐊ	ᐊᖑᓚᐅᖅᓱᒃᖃᑦ / ᐃᓅᓕᑦᓯᐊᐅᑦ ᑭᒃᓯᑐᖅᓯᒪ
ᐊᒥᐊᓐᓇ, ᒪᑦᓴ	ᐊᖏᓂᖅᓴᓂᒃ ᑲᑎᒪᖅ / ᐊᓂᔨᑦᑐᑦ ᑭᒃᑯᓕᖅᑎᑦᓯᒪᓕᒃᑲᓂᖅ ᐊᖏᓂᖅᓴᓂᒃ ᑐᑭᓯᐅᑦᑎᓯᓴᖅᓯᒪ
ᐅᐃᑦᑕᓐᑐᒃ, ᐃᓕᑦ	ᐊᖑᓚᐅᖅᓱᒃᖃᑦ ᑐᖑᓕᖑᓚ / ᐃᓄᒃᓯᐊᑦ ᑭᒃᓯᑐᖅᓯᒪ
ᐃᓄᖅᑭᑐᖅᑲᓂᖅ	ᐊᖏᓂᖅᓴᓂᒃ ᑐᑭᓯᐅᑦᑎᓯᓴᖅᓯᒪᓕᒃ ᐃᓐᓇᕐᓂᓕᕆᔨᑦᑐᖅᑲᓂᖅ / ᐊᑦᓕᑎ

<u>ᑲᑎᒪᖅᑐᑦ</u>

- ᐊᖑᔪᑎᖑᖑᔪᐊᖅ, ᑎᓯ — ᐊᐅᕕᑦᓴᑦ ᑭᒃᓯᑐᖅᓯᒪ
- ᐋᓀᓇᒃ, ᑭᑎ — ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᕗᓕᒫᓂ ᑲᓪᓚᖅᓯᒪᓕᒃ ᑭᒃᓯᑐᖅᓯᒪ
- ᐋᖅᓯᖅᑲ, ᐋᓕᓯ — ᑲᖏᖅᓯᕐᕕᐊᑦ ᑭᒃᓯᑐᖅᓯᒪ
- ᕕᐅᑦᓯᒃ, ᑲᖅᑎᓀ — ᑲᖏᖅᓯᐊᓪᓚᕕᐊᑦ ᑭᒃᓯᑐᖅᓯᒪ
- ᕕᐅᑦᓯᒃ, ᑲᖅᑎᓀ — ᐃᓀᓕᓴᕐᓂᐊᑦ ᑐᑭᓯᐅᑦᑎᓯᓴᖅᓯᒪ
- ᐅᑐᓂ, ᓄᑕᖅ — ᑐᓴᕆᔨᐊᑦ ᑭᒃᓯᑐᖅᓯᒪ
- ᐅᑐᓂ, ᓄᑕᖅ — ᐃᓀᓕᓴᕐᓂᐊᑦ ᑭᒃᓯᑐᖅᓯᒪ
- ᐅᑐᓂ, ᓄᑕᖅ — ᐃᓀᓕᓴᕐᓂᐊᑦ ᑭᒃᓯᑐᖅᓯᒪ

- ᓂᐃᐊᖑᓕ, ᓀᓕ — ᐅᒃᑯᓕᖅᑐᑦ ᑭᒃᓯᑐᖅᓯᒪ
- ᕿᐅᔨᒃᓕ, ᐃᓀᓕ — ᓴᓪᔅᐃᐅ ᑭᒃᓯᑐᖅᓯᒪ
- ᖃᓄᖅᓴ, ᐃᓀᓕ — ᓴᓪᔅᐃᐅ ᑭᒃᓯᑐᖅᓯᒪ
- ᑕᖅᑭᐊᐃᓐ ᑭᐅᔨᐅ, ᓄᓕ — ᐅᒃᑯᓕᖅᑐᑦ ᑭᒃᓯᑐᖅᓯᒪ

ᒪᓀᒃᓂᓕ ᑐᖅᑭᔨᑎᑎᒍᑦ ᐊᓂᒍᑎᑎᑕᐅᔨᖏᓐᓄᑦᑐᖅᑲᓂᖅᓯᒪᓕᒃᑲᓂᖅᓴᓂᒃ ᐊᓀᑦᔨᑕᒪᓂᐅᔨᒃᑯᓂᒃ ᐊᑐᖅᑐᒃᑯᓂᒃᑲᓂᖅᓴᓂᒃ ᑭᓇᐅᔨᓴᕐᓗᓂᐅᑦ ᐊᖑᓚᐅᖅᓱᒃᖃᑦ.

ᐳᖅᑐᓂᖅᓴᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᓂᓚᕕᖏᓐᓄᒃᑕ ᐱᒋᐊᕐᕕᖏᓐᓄᒃ

ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᓚᓂᓂᒃᔪᑦ ᐊᐅᓂᐊᕕᒪᔨᒍᓕᐅᖅᑎᓇᒋᑦ ᐱᒋᐊᕐᕕᓂᑦ ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᓚᓂᓂᖅᓯᒪᔭᓕᓐᓂ ᐊᐅᓚᑦᓴᓕᐊᕐᕈᑎᑦ

ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᓚᓂᓂᒃᔪᑦ ᐊᐅᓂᐊᕕᒪᔨᒍᓕᐅᖅᑎᓇᒋᑦ ᐱᒋᐊᕐᕕᓂᑦ

ᐊᐅᓂᓕᕆᔨᓚᓂᓂᖅ



ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᓚᓂᔨᑦ ᓄᓇᕗᑦᒥ ᐱᒋᐊᕐᕕᖏᓐᓄᑦᑕᑐᕐᓴᐅᓂᐅᓚᐅᕐᔪᑦ 1260 ᐅᖅᑎᒋᓄᑦ ᐊᖏᖅᔪᒍᐅᖅᑐᑐᒥ. ᐊᖏᖅᔪᓚᒪᑦ ᐃᓗᐊᓂᖅ, ᐃᓕᓴᕆᓂᖅᓯᓂᖅᓯᒪᔪᖅ ᓂᐊᕐᓂᑦ ᐱᖅᓯᖏᓐᓄᑦᑐᓗᐊᖏᑦ ᖃᐅᔨᒪᒪᑦ ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᓚᓂᕆᐊᖃᖅᖃᓄᖅᑐᑦᑕᑐᕐᓴᐅᓂᐅᓚᐅᕐᔪᖅᑐᑦ ᓄᓇᕗᑦᒥ. ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᓚᓂᔨᑦ ᐱᒋᐅᓄᖅᑐᕐᔪᐊᖅᓯᓗᒥᑦ, ᓄᐃᑦᓂᓕᕆᔨᔪᑦ ᑐᕐᖏᓐᓄᑦᑐᓗᐊᖏᑦ 2012-ᒥ, ᓇᐅᓕᒪᑦ ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᓚᓂᔨᑦ ᓄᓇᕗᐅᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᓂᒃ ᓄᓇᓕᓂᑦ ᐱᐊᓂᓇᐅᑎᖃᓕᓂᑦ ᐱᑕᖃᖅᑎᑎᓂᕐᓂᓗᒍ ᓄᓇᕗᒪᒥ ᐃᓗᓕᕆᓂᖅᓯᒪᔪᖅ ᐃᓄᐃᑦᑕᐅᓂᖅᓯᒪᔪᖅ ᐱᒋᐊᕐᕕᖏᓐᓄᑦᑐᓗᐊᖏᑦ. ᒡᒃᑯᐊ ᐃᓕᓴᕆᓂᖅᓯᒪᔪᖅ ᑐᓂᓯᔪᒡᒎᖅ ᓄᓇᓕᒻᒥᐅᓂᖅᓯᒪᔪᖅ ᐱᒋᐊᕐᕕᖏᓐᓄᑦᑐᓗᐊᖏᑦ; ᓇᐅᑦᓯᐅᑦᑕᐅᑦᓴᓂᑦ ᐱᒋᐊᕐᕕᖏᓐᓄᑦᑐᓗᐊᖏᑦ, ᐊᐅᓚᑦᓴᓕᐊᕐᕈᑎᑦ ᐱᒋᐊᕐᕕᓂᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᓕᐊᕐᕈᑎᑦ.

ᐅᓪᓗᒥᑎᒃ ᖃᓄᐊᓕᓐᓂᐊᓕᒍᑦ, ᓴᓇᑦ ᐊᑦᑕᐹᒥᑎᐅᔪᓐᓇᑦᑐᑦ ᑎᒥ ᖃᓄᓕᓂᑦᑐᓴᖅᑎᑦᓯᓴᐅᓂᐅᑎᓗᒍ ᐊᑐᑎᑦᓴᖅᓴᖅᑕᒥᓂᖅ(EpiPens ®) ᓄᓇᓕᒻᒥᐅᓂᓕᓐᓂ ᑐᑭᓯᐊᓂᑎᓕᕆᓂᖅ ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᓚᓂᓂᒃᔪᑦ ᐊᐅᓂᐊᕕᒪᔨᒍᓕᐅᖅᑎᓇᒋᑦ ᐱᒋᐊᕐᕕᓂᑦ

ᑕᒪᓐᓇᓂ ᐊᑦᑏᔪᒥ, ᓄᓇᕗᑦᒥ ᐃᓗᐊᓂᓚᕕᖏᓐᓄᑦ ᐱᒋᐊᕐᕕᖏᓐᓄᑦᑐᓗᐊᖏᑦᓴᖅ ᐊᐅᓂᐊᕕᒪᔨᒍᓕᐅᖅᑎᓇᒋᑦ ᐱᒋᐊᕐᕕᓂᑦ ᐊᔪᖅᑭᑦᑐᓂᔪᒃ, ᐱᓕᕆᔨᒃᑲᓇᑕᒥ ᐃᓗᐊᓂᓚᕕᖏᓐᓄᑦᑐᓗᐊᖏᑦ ᐊᐅᓂᐊᕕᒪᔨᒍᓕᐅᖅᑎᓇᒋᑦ ᐱᒋᐊᕐᕕᓂᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᓕᐊᕐᕈᑎ

ᐊᑐᑎᖅᑲᓴᖅᑎᑕᒥᓂᒃ(EpiPens®) ᐱᒍᓐᓇᓯᑎᑦᓯᓚᖅᓴᑦ ᑕᒪᑦᓴᐅᑎᒋᒃ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᐅᔪᓐᓇᓂᖅᒋᒃ ᐃᓚ ᐅᒡᒪᒃᑕᑦᓴᑦ ᐅᕐᕈᓗᓐᓄᐅᑦ ᑎᒥᖅᓴ ᖃᐅᓚᑦᓴᑦ ᐊᑐᑎᖅᑲᓴᖅᖅᑎᑕᒥᓂᒃ ᐊᑐᑎᓴᐃᓂᐅᑐᓗᓂ. ᐅᐃᒪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᐅᓐᓄᖅᓴᖅ ᐱᓕᒪᓐᓇᐊᑦᓴᒪᑦᑕ ᐃᓚ ᐃᓚᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᐅᓐᓄᖅᓴᖅ ᐱᓕᒪᓐᓇᐊᑦᓴᒪᑦᑕ.

ᐃᓐᓂᓐᓇᐅᑎᓐᓄᑐᒍ, ᖃᐅᓪᓚᒃ ᑌᓴᐅᓴᑦ ᐱᐅᓪᒍᑎᑦ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᐅᓐᓄᒍᑎᑦ ᓂᐅᐃᖅᑕᐅᓯᒪᓴᑦ ᓱᑦᓴᐊᕐᓂᖅᑐᑦ, ᐃᓚᐅᓴᐊᒍᑦ, ᓴᓐᓄᓚᒃ ᑲᖏᖅᑎᓴᐊᓴᓴᐊᒍᑦᓄᓚ. ᓚᓭᓪᓚᒃ ᐊᓯᖏᓐ ᐱᑕᑐᐃᓐᓇᖅᑲᓪᓚᖅᓴᖅᑐᑦ ᖃᐅᓐᓄᐅᖅᓴᖅᑐᑦ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᐅᓐᓄᒍᑎᑦ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᐅᓐᓄ

ᐳᕕᖅᓂᑐᖅ	ᓄᕕᒃᐱᓚᒃ, ᕕᐅᐊᒃ		
ᐃᓄᒃᓱᐊᒃ			ᑎᓴᒪᐱᓚᒃ
ᔪᑦᓱᐊᕐᕕᐱᒃ			ᑎᓴᒪᐱᓚᒃ
ᐅᒥᐅᔨᖅ	ᔭᓄᐊᒃ	ᑎᓴᒪᐱᓚᒃ	
ᑲᖏᖅᓴᐊᓗᒃᓱᐊᖅ		ᒪᑦᔨ	

ᐱᓯᑦᓕᐊᓱᑦ ᓄᑦᑦ

ᑕᒪᒐᓂ ᐊᖅᖁᒍᒥ, ᐊᓱᐅᓰᓄᐅᔨᒥᐊᖅᓕᓴᑎᖅᓴᓕᐅᖅᑐᑦᑐᒍᑦ ᐊᑐᓕᖅᑎᑕᐅᒥᐊᖅᑐᖅᓴᖅᓂᖏᓂᑦ ᐅᐃᒪᓰᖅᑎᑐᓂᓚᓂᖅᓯᒥᐱᒃ ᐱᒍᑦᔨᖅᓂᑦ ᐳᖅᓂᒍᒥ. ᐱᓰᓴᐊᖅᑕᐅᖅᑲᑦᓕᓴᐅᖅᑐᑦ ᐱᓰᓴᐊᖅᑲᑎᐅᑎᓪᓗᒍ ᐃᓄᓕᓴᓴᐅᐅᓪᓚᑦ ᐊᓐᓂᖅᓯᐊᖅᑐᖅᓴᖅᓂᖏᓂᓴᓴᐊᑐᖅᑐᒃ ᓄᑦᑦᒃ ᐱᒍᑦᔨᖅᓂᑦ ᐃᓄᓕᓴᐅᓂᖅᓯᒥᐱᒃ ᐃᓄᓕᓴᐅᓂᖅᓯᒥᐱᒃ ᑐᓴᐅᒪᓂᖅᓯᒥᐱᒃ ᐃᓄᓕᓴᐅ

ᖃᖅᓯᒪᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᑯᓕᕆᔨᒧᑦ ᓄᑕᐅᒥᐊᖃᖅᓯᓚᐅᕐᓂᖅ ᐱᐊᖃᓗᐃᑦ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᑯᓕᕆᔨᐊᕐᒥᔭᓄᑦ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᓄᑕᐅᒥᐊᖃᖅᓯᒪᔪᓂᑦᓄᑦ. ᑌᒪ, ᖃᐅᔨᓴᓕᐅᑎᓂᓄᐊᔪ ᖃᖅᓯᒪᓕᕆᔨᓚᐅᖅᓯᓂᐊᓕᒫᓂ ᐊᓕᔨᐅᓕᐅᕐᓂᖅ ᐃᓚᖃᖅᓯᒪᓕᕆᔨᓂᓄᑦ, ᓄᑕᖅ ᑐᑭᓯᐊᖅᑐᑦ ᖃᓄᐊᖅᓯᒪᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᑕᒃᑯᓂᒃ ᓄᓇᓕᓂ ᓄᓇᓕᖅ ᓂᓗ 2011-ᒥᒃᑲᓕᑎᓄᐊᔪ ᐊᑐᓂᓕᐅᕐᓂᖅ, ᑕᑦᑭᖅ ᐱᖃᓐᓇᕆᔨᑦ ᐃᓄᐊᖅᓯᒪᓕᒃ.

ᐸᖅᓴᓂᖅᓯᒪᓪ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᔨᑎᓕᓂᕆᔨᓪ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᖓᓪ

ᐃᓐᓇᓱᐅᑎᐅᓪ ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᓱᓱᐅᓪ ᑐᓴᖅᑎᓯᒧᑎᖅᑭᖅ

ᐸᖅᓴᑎᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᔨᑎᓕᓂᕆᔨᓪ ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᓱᓱᐅᖅᑭᖅ ᐱᓕᖅᓴᒥᓂᖅ ᐱᒋᐊᓕᐅᖅᑐᖓᖅ 7 2011-ᒥ. ᐱᓇᓱᐊᒪᖅᑲᐊᖅᒧᐊᓕᐅᖅᑐᖓᖅ ᓱᖓᓕᓕᐅᖅᐅᒋᐊᖅᑲᖅᓯᓂᓂᓂᖅ ᒪᓕᓂᖅᑕᒪ ᐅᐱᒃᑲᓂᖅ, ᐅᐃᓗᒪᓇᖅᑐᓂᓪᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓱᒪᒋᔭᖅ ᖃᑲᓂᖅᑕᒪᓂᖅᓯᒪᓪ.

ᓱᖓᓕᕆᐅᖅᑐᒋᐊᓂᖅᓴᓂ ᐱᓕᓴᐃᔪᔨᑎᑎᐅᓴᓂᖅᓴᓂ ᐱᐅᓱᓕᕆᐅᑎᓕᓱᓱᐅᓪᓚᑦ ᐱᓕᕆᓂᖅᑐᓂᓱᓱᐅᖅᑭᖅ

ᐱᖃᓗᓱᓂᖅ ᐱᓕᓴᐃᔪᔨᑎᑎᐅᓴᓂᖅᓴᓂ ᐃᓕᓴᕐᓂᒪᔨᑎᓕᓂᕆᔨᖅ ᓱᖓᓕᕆᐅᖅᑐᖓᓂᖅᑭᖅ, ᐊᒥᓱᓂᒪᓕᖅᑐᓂᖅ ᐱᔪᓐᓇᖅᑎᓪᓗᒋᑦ ᐱᐅᓱᓕᕆᐅᑎᓕᓱᓱᐅᖅᑭᖅ ᐅᕝᕙᓘᓐᓃᑦ ᑕᒪᓐᓇ ᓄᓇᒥ. ᑐᓴᖅᑎᖅᓯᒪᓂᖅ ᑐᓴᒋᓚᒋᔭᖅᑎᓪᓗ ᓇᓕᓕᖅᑐᖅ ᐱᓕᓴᐃᔪᔨᑎᑎᐅᓴᓂᖅᓴᓂ ᐱᐅᓱᓕᕆᐅᑎᓕᓱᓱᐅᖅᑭᖅ ᐅᕝᕙᓘᓐᓃᑦ ᑕᒪᓐᓇ ᓄᓇᒥ, ᑐᓴᖅᑎᖅᓯᒪᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᐊᐱᖅᓯᒪᔪᖅ ᐊᓂᓕᕆᓂᖅᓴᓂᓕᕆᔨᓪᓚᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑎᓯᒪᔪᖅ ᐱᓕᕆᓂᖅᑐᓂᓱᓱᐅᖅᑭᖅ ᐅᕝᕙᓘᓐᓃᑦ ᑕᒪᓐᓇ ᓄᓇᒥ.

- ᐊᑐᐃᓐᓇᑭᓐᓄᑦ ᐅᐃᓕᓚᖅᑐᓕᓂᖅᓯᒪᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᓂᔪᓂᖅᓴᒪᑦ ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᓂᔪᓂᖅᓴᖑᓂᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᓂᔪᓂᖅᓴᖑᓂᖅ ᖃᓄᖅ ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓄᐃᑦᑐᑦᓂᖅ ᐃᓄᐃᑦᑎᑐᑦᓂᓕᒫᑦ;
- ᐸᖅᓇᓄᑦ ᑲᔪᓂᑎᓄᑦᓂᓗ Centre Dollard-Cormier–ᒥᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᓂᔪᓂᑎᓄᑦᓂᕐᕕᖏᓐᓂᖅ ᐊᓐᓂᐊᕐᓂᖏᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᓂᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥᑦ;
- ᑲᑎᒪᔨᓂᓂᕐ ᐅᐃᓕᓚᖅᑐᓄᑦ ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓂᕐᕕᖏᓐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᕐᓂᖅᓂᖅ ᐊᑐᑎᓪᓗᒍᓯᒪᓕᕐᓂᖅᓴᖑᓂᖅ ᐊᐅᓚᑦᑎᓐᓄᑦ ᑕᒪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐱᖓᓱᖏᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊ

ᖃᑐᖅᖏᓐᓂ ᑲᑎᒪᔨᖅᐱᐊᖅᑎᓂᓄᑦ, ᒎᓕᒃᑯ ᐃᓕᑎᐅᔪᓂᖅᑎᓂ ᓄᐃᑕᑎᑎᓂᔨᓕᕆᔨᒪᒐ ᑭᖑᒧᓕᕆᔨᒃ ᖃᐅᔨᓴᕐᑎᑐᑦᓯᓄᑦ ᑐᓴᕐᕕᖏᓐᓄᑦ ᓴᓇᔨᓴᕐᑎᓄᑦ 2012-ᒥ.

ᑲᑎᒪᔨᖅᐱᐊᓐᓄᑦ ᐃᓕᑎᔨᐃᑦ ᐅᖃᐱᓇᔪᖏᓐᓄᑦ ᑕᒪᓕᒃᑯ ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᕕᐅᑎᓂᖅᑐᑎᒃ ᐱᓪᓗᑐᑎᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᒃ ᑲᒪᕗᖅᑎᒃ ᑲᒪᔨᖅᑎᓂᓕᕆᔨᒪᒐ ᓄᐃᑕᑎᑎᓂᔨᓕᕆᔨᒃᑯᓗᒃ, ᑕᒪᓕᒃᑯ ᐱᓕᕆᔨᐃᑦ ᑎᑎᕋᖅᑕᐅᓂᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᒃ ᓴᓇᔨᓴᕐᑎᓄᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓴᓇᔨᓴᕐᑎᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᒃ ᓴᓇᔨᓴᕐᑎᓄᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ.

- ᓴᓪᓕᑦᑕᓕᒃ ᐱᓇᓱᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᑎᑎᖅᑯᓄᑦᓯᓄᑦ ᐱᙵᑦᑐᕐᓂᖅᑐᑦ ᐊᑐᓄᑦᓯᓄᑦ ᐃᓄᐃᑦ;
- ᐱᕙᓪᓕᐊᑎᑦᓯᓕᖅᑎᑦᓂᖅᓂᒃ ᐅᓇᓱᑦᓯᓕᖅᑎᑦᓂᖅᓂᒃ ᓇᓪᓕᓯᓱᖃᑦᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᓪᓚᕆᐊᓘᑦᓂᒃ;
- ᑎᒍᓯᓄᖅ, ᐱᓕᕆᔨᑎᑦᓯᓕᖅᓄᑦᓂᓄ ᓴᓪᓕᑦᑕᓕᒫᓂᓄ ᓄᓇᕗᓕᒫᓂᒃ ᐃᓚᓴᓯᓪᓚᕆᐊᑎᑦᓴᐅᓂᒃ ᐊᓐᓇᓕᖏᓐᓄᑦᓯᓕᖅᑐᑦᓯᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᓕᕆᔨᑦᓴᐅᓂᒃ ᐊᓕᓐᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᒃ ᐱᓪᓗᒍᓕᒫᓂᒃ ᑐᓴᕐᖏᓐᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᒃ ᐱᓕᕆᔨᐃᑦ ᐱᓕᕆᔨᒪᒐ ᐃᓕᓴ

- ᐱᓇᓱᑦᑎᑕᐅᔪᐃᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᐱᒋᑦ ᑲᑎᒪᖃᑦᑕᓚᐅᖅᑐᑦ ᑕᒡᓕᒪᐃᑦᓱᓕᑎᓵ ᐊᖅᖁᔭᓚᐅᖅᑐᑦ. ᐃᓕᓚᐅᔪᐃᐃᓐ ᐅᖃᖅᖃᑎᖃᖅᖃᑦᑕᓚᐅᖅᑐᑦ ᐊᑦᑎᒋᖅᓯᑐᓂᓵ ᐃᓱᒪᓕᒃᑯᓐ ᖃᓄᖅᑲᓇᖃᖅᖃᑦᑕᓚᐅᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᓗ ᑐᑭᓯᓂᖅᑐᑦᑎᓐᓂᒃᑯᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᓯᖓᓪᓚᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑐᖅᑕᐅᓂᖅᑐᑦ ᐃᓱᒪᓕᒃᑯᓐ

ᐅᖃᖅᖢᑦ ᓴᓪᓕᐅᓕᒫᖅᑎᓪᓗᓂ

- ᓄᓇᕗᑦ ᐱᒃᓗᑕᓕᒻᒪᓕᐅᖅᑎᓪᓗᒍᑐᖅ ᐱᓇᓴᓪᑎᑦ ᐊᓴᓪᓕᐅᖅᑐᑦᑕᓗᐊᓕᐊᖅᑎᓪᓗᓂ. ᖃᐅᔨᓴᒪᓕᕐᓂᑐᐃᔪᑦ ᐱᓇᓴᓪᑎᑦ ᐊᑦᑐᒃᓯᓂᖃᖅᔪᒍᑎᖅᑎᓪᓗᓂ 18-ᑐᐃᓪᓇᓂᒃ ᑕᖅᑭᓂᒃ, ᑕᒪᒃᑯᐊ ᐱᓕᕆᓪᓂᐸᖅᓯᒪᓕᐊᑎᑎᒋᓴᐊᖅᓴᒪᑎᒃ ᒪᑯᓂᖅᓴᒃ ᐊᑦᑐᓂ ᑎᒍᒥᐊᓕᕐᓂᓂ ᐱᓇᓴᒪᖅᒥᓂᒃ 12% ᐳᖅᓯᑎᓂᒃ ᑭᓇᐅᑦᔨᖅᓯᑦ ᐳᖅᑐᓴᐅᒥᒪᔨᖅᑎᑐᓂᑦ, ᐊᓴᖅᑎᓪᓂᓗᓂ.

- ᐊᒥᓴᒪᓇᓪᓂᒃ ᐱᔨᓇᐊᑐᔨᓂᒃ ᐱᔪᖅᖃᑦᑕᑐᖅ ᐱᓇᓴᑎᑦᑕᕐᓴᓴᐊᓇᐊᒥᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖅᓂᓂᓗ ᖃᑦᓗᓂᓂᓗ ᓄᓇᓕᓂ ᖃᐅᔨᒪᔪᓇᖅᓯᒪᓕᐅᖅᑐᓂᓗᒍ ᐱᓇᓴᑎᑦᑕᕐᓴᓴᐊᓇᐊᒥᒃ ᐃᓕᓴᕆᓂᖅᓯᒪᓕᐊᑎᑎᒋᓴᐊᖅᓴᒪᑎᒃ ᐊᓕᓴᕆᓂᖅᓯᒪᓕᐊᑎᑎᒋᓴᐊᖅᓴᒪᑎᒃ ᐅᖃᖅᖢᑦ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᖅᓯᒪᓕᐊᑎᑎᒋᓴᐊᖅᓴᒪᑎᒃ ᐃᓕᓴᕆᓂᖅᓯᒪᓕᐊᑎᑎᒋᓴᐊᖅᓴᒪᑎᒃ ᐊᓕᓴᕆᓂᖅᓯᒪᓕᐊᑎᑎᒋᓴᐊᖅᓴᒪᑎᒃ ᐅᖃᖅᖢᑦ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᖅᓯᒪᓕᐊᑎᑎᒋᓴᐊᖅᓴᒪᑎᒃ ᐃ

- ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑎᑦᓱᑎᑦ ᐊᓂᖅᑎᓪᓗᐊᓯᓗ ᐅᐃᓕᖅᖢᓗ ᐱᔪᓐᓇᕐᓂᓪᓚᕆᐅᓂᖅᑎᑦᑕ ᐃᑦᓱᓴᓕᖅᑎᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑯᐯᓕᑯᑦ ᐃᓄᓕᓪᓕᓴᖅᑎᑦ, ᐱᓕᕆᓪᓕᖅᑎᑦᓱᓱᒪᓕᓪᔅᑐᒍᑦ ᐊᖏᖅᓴᑎᑎᑦᑎᓕᖅᑎᓕᒃ ᖃᓄᖅᓴᓕᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᒪᑕᐃᓕᖅᑐᑦ ᐅᐱᓕᕆᔨᒃᑯᑦ.

ᖃᓄᓇᐃᔪᓐᓇᕐᓂᕐᐊᖏᓪᓗᐊᑦᑐᑎᓄᑦ

- ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᖃᓄᓇᐃᔪᓐᓇᕐᓂᕐᐊᖏᓪᓗᐊᑦᑐᒍᑦ ᑲᑎᒪᓵᕐᐊᐱᖓᓕᓐᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᓇᓕᕐᓂᒃ ᑲᑎᒪᓵᕐᓂᖅᓱᓕᕐᓂᑐᒃ ᑐᓕᓕᒍᑦᑕᐃᓕᓐᓂᒃ ᐃᓄᓕᓕᕐᓂᑐᐃᓐᓇᒃ ᐃᓄᓕᕐᓂᓵᓴᐅᓐᓇᒃ ᐊᔪᓕᕐᓂᑐᑦᑕ ᑲᑎᒪᓵᕐᓂᖅᓱᓕᕐᓂᑐᒃ. Ċᓴᐅᐊ ᑎᓕᓵᐅᒪᒍᑎᓂᖅᓴᒪᒡᑕ ᐊᑐᑎᒪᑦᓴᓕᐅᓇᐊᖅᓴᓕᕐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐊᖏᖅᓴᓕᖅᑐᑦᑎᓕᖅᑎᓕᒃ ᑕᒪᑦᓯᒪᖅᓴᒃ ᐱᓕᕆᓪᓕᖅᑎᑦᓱᓱᒪᓕᓪᔅᑐᒍᑦ ᑲᑎᒪᓵᕐᓂᖅᓱᓕᕐᓂᑐᒃ ᐅᑭᐅᓂᖅᓴᒃ ᐅᑭᐊᓕᖅᓂᓕ 6-ᒥᑦ 18-ᓄᑦ.

- ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᓚᖅᓴᒃ ᖃᓄᓇᐃᔪᓐᓇᕐᓂᕐᐊᖏᓪᓗᐊᑦᑐᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑕᐃᓐᓇᕐᓂᖅᓴᓕᕐᓂᑐᒃ; ᐃᓕᓴᕐᓂᕆᔨᒪᓕᕐᓂᑐᐃᓐᓇᖅᑐᒃ ᐊᖏᖅᓴᓕᖅᑐᑦᑎᓕᖅᑎᓕᒃ ᕿᑎᖅᑲᓕᒫᒥ ᖃᓄᖅᓴᓕᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐅᔪᓐᓇᖅᑐᒃ ᐅᑭᐊᓕᖅᓂᓕ.

- ᐱᔪᓐᓇᕐᓂᐅᔪᓐᓇᖅᑐᒃ ᐱᐅᓐᓴᐅᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖅᓱᓂᒃᓴᓕᕐᓂᑐᓕᕐᓂᖅᓴᒃ.

- ᐊᓯᐊᓂᔪᓂᖅᓱᓕᕐᓂᑦ ᐸᓴᓕᓕᐅᑎᑦ ᐅᖅᑯᐊᓯᓂᖅᓱᓕᕐᓂᑦ ᓯᑭᓯᓂᖅᑐᓂᒃ ᑕᒪᑦᓯᒪᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᓄᓐᓂᒃ Boscoville 2000, ᐊᒻᒪᓗ ᐱᑦᓴᓴᐅᓴᑦ ᓄᑦᓂᒋᑦ ᓴᓪᓕᒥᐅᓇᖅᑐᑦ ᐃᖅᑲᓇᑕᐅᔪᓐᓇᕐᓂᖅᓴᓕᕐᓂᑐᒃ ᒪᑯᑎᔨᓪ:

  - ✓ ᐱᓇᓱᑎᑎᑦ ᑲᑎᒪᓵᕐᓂᓱᑎᒃ;
  - ✓ ᓇᐅᑦᓯᔪᑎᑦᑕᐅᓴᖅᓴᓯᓂ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᑎᑦᑕᓱᔪᑎᓄᑦ ᑭᖅᖅᔨᒪᓕᓵᕐᓴᓴᓂᒃ;
  - ✓ ᐅᐱᑯᐃᑦᑕᐅᓴᖅᓴᓯᓂ ᐯᓇᑦᓱᓕᑎᑦᓴᓕᑦ ᐃᓂᖅᑭᖅᓂᒃ;
  - ✓ ᐊᔪᓕᕐᓂᖅᓱᓕᕐᓂᑐᒃ ᐊᖏᖅᓴᓕᖅᑐᑦᑎᓕᖅᑎᓕᒃ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓕᖅᑎᓕᒃ ᐱᔪᓐᓇᕐᓂᖅᓴᒃ;
  - ✓ ᐃᓕᓴᕐᓂᒪᑕᐃᓕᖅᑐᑦᑎᓕᖅᑎᓕᒃ ᐃᓄᐃᑦᓱᓴᓕᖅᑐᑦᑎᓕᖅᑎᓕᒃ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᑕᐅᓴᖅᓴᓕᕐᓂᑐᒃ ᐅᑦᓂᓕᕐᓂᖅᓴᒃ Boscoville 2000.

- ᐊᖏᖅᓴᓇᓱᐅᓂᐊᑦᑐᓂᒃ ᐃᓕᒋᓂᒃ ᑕᒪᐃᓄᖅᓱᒃ ᐱᐊᖏᑦᓄᑦ ᐅᑭᐅᓕᖅᓂᓕ 6-ᒥᑦ 12-ᒧᑦ ᓇᓗᓀᑦᑕᐅᓕᐅᔪᓐᓇᕐᓂᒃ ᑯᓱᔪᐊᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᑯᓱᔪᐊᖏᓚᒻᒥ.

- ᐊᑐᐃᓐᓇᕕᑦᓂᓱᓂᖅᓱᓕᕐᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑕᐅᓴᖅᓴᓕᕐᓂᑐᒃ ᓴᓇᓱᐅᔪᓐᓇᕐᓂᖅᓴᓕᖅᑎᑦᑎᓂᒃᓗᒍ ᖃᓄᓇᐃᔪᓐᓇᕐᓂᕐᐊᖏᓪᓗᐊᑦᑐᑎᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᒪᑕᐃᓕᖅᑐᑦᑎᓕᖅᑎᓕᒃ ᐃᓄᓐᓂᒃᓴᓕᖅᑐᑦ ᐃᓄᓕᓕᕐᓂᑐᒃ ᒪᑯᑎᔨᓪ:

  - ✓ ᑲᑎᒪᓵᕐᓂᑦ ᐃᓄᓕᓕᕐᓂᑐᒃ ᓂᕆᐊᑦᑕᐅᒪᓕᕐᓂᑐᒃ ᐊᖏᖅᓴᓕᖅᑐᑦᑎᓕᖅᑎᓕᒃ ᑲᑎᒪᓵᕐᓂᖅᓱᓕᕐᓂᑐᒃ;
  - ✓ ᓄᓇᐃᔪᓐᓇᕐᓂᕐᐊᖏᓪᓗᐊᑦᑐᒍᑦ ᑭᓪᓕᕐᓂᑐᐃᓐᓇᖅᑐᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᖃᓄᓇᐃᔪᓐᓇᕐᓂᕐᐊᖏᓪᓗᐊᑦᑐᑎᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᒪᑕᐃᓕᖅᑐᑦᑎᓕᖅᑎᓕᒃ ᐃᓄᓐᓂᒃᓴᓕᖅᑐᑦ ᐃᓄᓕᓕᕐᓂᑐᒃ ᐊᖏᖅᓴᓕᖅᑐᑦᑎᓕᖅᑎᓕᒃ FTP;
  - ✓ ᑐᑭᓯᓂᖅᓴᓕᕐᓂᑐᒃ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑕᐅᓴᖅᓴᓕᕐᓂᑐᒃ ᓯᑐᓪᓚᕆᔨᒪᓕᓵᕐᓴᓴᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᖃᓄᓇᐃᔪᓐᓇᕐᓂᕐᐊᖏᓪᓗᐊᑦᑐᑎᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᒪᑕᐃᓕᖅᑐᑦᑎᓕᖅᑎᓕᒃ ᐃᓄᓐᓂᒃᓴᓕᖅᑐᑦ ᐃᓄᓕᓕᕐᓂᑐᒃ ᐊᖏᖅᓴ

- ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓴᓵᑦ ᑲᑎᒪᓵᐊᐱᖓᓐᓂᖅ ᐃᓕᒋᑕᓂᓵᓴᒪᒧᑦ ᓄᐃᑕᑭᐅᔨᖅᑲᓕᑭᐅᔨᕐᓵᖅ.

- ᐃᓅᓕᑦᓴᐃᐅᓪᓗ ᑐᓕᑦᑕᐃᐅᓪᓗ ᐊᓐᓂᐊᐃᖓᑦ ᐊᒪᒪᓗ ᐃᓗᓴᕆᓂᓵᓴᑦ ᑲᑎᒪᓵᖅᖓᑦ ᓴᕐᓂᓂᑦᓴᓕᑦᓴᓕᕐᒥᑦ ᐱᓇᓴᖅᑕᐅᓕᖅᑐᖅᓯᓚᖅᑐᓂᒃ ᓄᐃᑕᑭᐅᔨᖅᕿᓴᐊᑦᑎᓂᓗᒍ ᑭᐃᖅᑲᖅᕿᑭᐅᑎᓂᔪᓕᖅᑎᑦ.
- ᑲᑎᒪᓂᖅᑲᓴᒪᓕᑭᐅᔨᑦ ᐃᓕᒋᓗᑎᑦ ᑯᐯᖅᑯᑦ ᐃᓄᓕᓂᓵᓴᖓᑦ ᐊᖓᓴᑦᑕᑭᐅᑎᓂᓴᐅᒪᓂᖅᓯᒪᔪᑦ ᑭᐅᓂᖅ *Direction des affaires autochtones, ethnoculturelles et régions nordiques* ᐊᒪᒪᓗ ᐃᓄᓕᓂᓵᓴᖅᑎᑦ ᐱᓇᓴᐊᑦᐃᖅᓚ ᑭᐅᓂᖅ *Direction des jeunes et des familles* ᑭᐃᖅᑲᓴᖅᑭᑎᓂᔪᐃᑦ ᐱᓇᓴᐊᑦᑕᑭᓂᖅᓚᓄᓕᑦ.
- ᑎᑎᑭᔨᖅ ᑕᒪᒪᓴᔨᓂᐊᑕᑭᓂᖅᑲᓕᑭᔨᕐᓵᖅ ᐃᓕᓖᒪᔨᓂᖅ ᑭᐃᖅᑲᓂᖅ ᓴᙵᑦᓂᓴᓕᒫᑎᓄᓕᑦ ᐱᑦᔨᓴᕐᓂᐊᑦ, ᐊᑐᑦᑎᓴᓂᖅᓯᒪᓗ ᑭᐃᖅᑲᓂᖅ ᑭᓪᓕᖅᑐᖅ ᐃᑦᖃᑐᑦᑕᑭᒥᐊᖓᔪᖅᑐᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᐱᓇᓴᖅᑕᐅᓕᖅᑐᖅ ᐊᒪᓂᖅᑎᑦ ᐊᑐᑦᑎᓴᓂᖅᓯᒪᓗ ᑭᐃᖅᑲᓂᖅ ᐃᓄᓕᓂᓵᓴᖅᑎᑦ ᐃᓄᓕᓂᓵᓴᖅᑎᑦ ᐃᓄᓕᓂᓵᓴᖅᑎᑦ

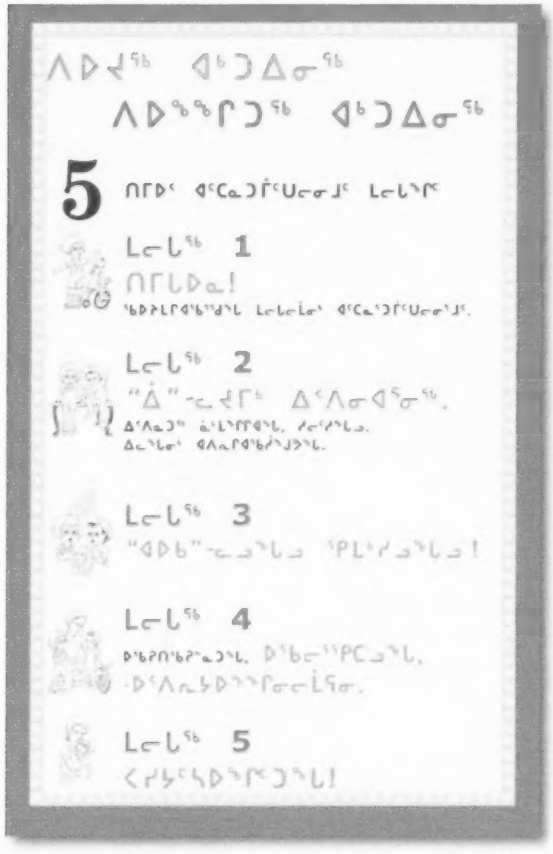
ᐃᓱᒪᒃᑯᓂ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᓂᓕᕆᓂᖅᓯᓐᓄᑦ

- ᐃᓕᓴᓂᐊᑎᑕᐅᓂᖅᑲᐊᖅᑕᓕᐅᔪᖅᓯᓐᓄᑦ ᐱᓇᓱᓂᑎᑦ ᐃᓱᒪᒃᑯᓂ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᓂᓕᕆᔨᒃᑯᓂ ᐊᖅᑭᖅᖃᖅᑎᖅᑎᑦᓯᐊᖅᓚᓂᒃᓴᓕᔪᓂᒃ. ᒪᖅᖢᓂᒃ ᐅᓴᓂᒃ ᐃᓕᓴᓂᐊᑎᑕᐅᔪᖅᑲᓕᐅᔪᖅᓯᓐᓄᑦ Douglas Hospital-ᑯᓂᒃ ᐊᑐᓂᒃ ᑐᓕᑦᑕᐃᖅᑭᓂᒃ. ᑲᑎᑦᓱᑎ 36-ᖅᔪᓕᐅᔪᔪᑦ ᐃᓕᐅᔪᔪᑦ: 14-ᖅᔪᓂᒃ ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᑕᓕᕆᐃᖅᓴᓂᒃ, 11 ᐅᑎᖅᔪᓕᐊᑎᑦᓯᓂᖅᖢᔪᓕᕆᓴᓕᔪᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ 11 ᐊᖅᑭᖅᕿᓇᖅᐳᔪᔪᖅᓂ ᑲᒪᕆᖅᐳᓂᖅᑲᖅᑐᑐᓂᒃ. ᑕᒪᖅᓇ ᐃᓕᓴᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅᓱᒃ ᑐᖏᖅᑲᖅᓯᐅᔪᔪᒪᓕᒃ ᑕᒪᑦᓯᒪ ᐃᓱᒪᒃᑯᓂ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᓂᓕᕆᓂᐅᔪᒃ ᑕᑯᓇᑕᐅᑎᐊᖅᓱᖅᓴᓕᓯᓴᖅᓴᓕᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᑎᑎᓂᒃ ᓴᓇᖅᑭᑎᖅᑲᖅᓴᓕᓯᓴᖅᓴᓕᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᐊᓕᖅᑕᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᓕᖅᑐᓂᒃ.
- ᓴᓪᓚᒥᑕᐅᔪᔪᖅᑲᖅᑕᓕᐅᔪᖅᓯᓐᓄᑦ ᐃᓕᓴᓂᐊᑎᑕᐅᔪᖅᑲᖅᑐᓂᓗᒍ ᓇᓗᓄᖅᓴᓂᒃ ᑲᖏᐊᓇᖅᓴᓂᒃ ᐃᓚᖅᑲᓂᒃ ᓴᖅᐅᕐᓴᖅᓴᓕᓯᓴᖅᓴᓕᓂᒃ, ᑐᓕᑦᑕᐃᖅᑭᓂᒃ ᑐᓴᖅᓴᓕᓯᓴᖅᓴᓕᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓱᒪᒃᑯᓂ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᓂᓕᕆᓂᐅᔪᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓕᓴᓂᐊᑎᑕᐅᔪᖅᑲᖅᑐᑐ

ᐱᐅᔨᒥ ᐊᖏᑐᐃᓕᔪᓂᒍᑦ/ᐱᐅᖃᖅᑎᑐᒥᖅ ᐊᖏᑐᐃᓕᔪᓂᒍᑦ

- ᐱᐅᔨᒥᖅ ᐊᖏᑐᐃᓂᔪᒍᑦ ᐱᐅᖃᖅᑎᑐᒥᖅ ᐊᖏᑐᐃᓂᔪᒍᑦ ᐱᓂᓗᑌᓕᒪᓕᔪᐊᕈᑎᑦᑐᐅᓯᑦ ᑐᖅᖃᓕᔪᓄᖅ ᐃᓕᓴᐅᓂᕐᕕᖃᓂᓗᒃᑐᓗ ᐃᓕᓴᐅᓂᕐᓇᖃᖅᖃᓂᓗᒃᑐᓗ ᐱᐊᖅᖃᓗᒃ; ᐃᓕᓴᐅᓂᕐᑎᑦᑕᐅᔪᓂᒍᒪᓕᒐᒥ ᐃᓕᓴᕐᔪᒍᓴᐅᑎᐅᔪᓂᒃ ᓄᓕᐊᓂᓗᑌᓕᒪᔭᔪᑎᓂᓗᑐᓗ ᐊᒪᓕᓗ ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᐊᖃᓄᖅᔪᓂᒍᒪᓕᖅᓯᒪᓕᒐᒥ ᐊᑐᔨᓄᑦᓯᒋᐊᕐᓂᖅ. ᒪᓄᔨᐊ ᐃᓄᔨᔪᓕᒪᐅᑎᓴᒥ ᓄᐃᑕᑎᑦᔪᒍᑎᐅᒪᓕᒐᒥ ᐊᑦᑕᓇᖅᑐᒍᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᖏᓪᓗᒥ ᐊᐸᑎᖅᑦᔪᐊᕐᔪᓪᓗᑦ ᓄᔨᕐᖃᓕᒫᑎᓄᑦᔪᓂᒃᑐᓗ ᐅᖃᐅᓯᒪᔪᖅ ᐃᓄᐃᑦᑐᓗ ᐊᐱᖅᓯᒪᔪᖅ.

- ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᐃᖅᑲᓂᓐᓄᑦ ᐃᓄᓐᑕᓕᒪᓕᒃ ᑭᓚᒍᑦᑎᑎᔨᐅᔨᓂᑦ ᐊᑦᔨᑦᖅᑐᒍᑦ ᑎᑎᐅᔨᓄᑦ, ᐅᐊᓄᖅᓚ ᑲᑎᐃᐅᑦ ᔪᓕᔨᖅᑎᑦ, ᑲᑎᐃᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᓕᓕᒫᐃᖅᓚᑦ, ᐊᒪᓕᓗ ᐅᖅᓚᑉᒥ ᑐᓕᑦᑕᐃᐅᑦ ᐊᖏᓂᓕᓴᕐᓂᐊᓕᓕᒫᐃᖅᓚᑦ ᐃᓄᐃᑦᑐᓕᕐᓂᐊᓕᓕᒫᐃᖅᓚᑦ ᒪᑐᔨᓴᖅ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᔪᓕᒐᒥ ᓄᓇᕗᒻᒥ.



- ᐅᐱᖅᓴᓚᐅᓕᓐᓂᓗᔪ 2011-ᒥ, ᑲᑎᒪᔨᐅᔨᖅᑲᓕᐅᔨᒧᖅ 21-ᓂᑦ ᐃᓕᓴᐅᓂᑎᓂᑦ ᐱᐸᑲᓕᓕᑐᓗ ᔫᓂᒪᓇᓚᒥᑐᓗ ᑯᔨᔨᐊᒥ. ᑕᒪᑦᓯᒥᖅᓱ ᓇᓗᓴᕐᓂᖅᓴᖅᑎᓗᒍᑦ ᑐᑭᑦᑕᐅᓕᐅᔨᒧᖅ ᑐᑦᑐᖅᓱᓕᐅᓂᕐᐅᔪᓂᒍᑎᓗᒍᑦ ᐃᓕᓴᐅᓂᕐᓇᖃᖅᖃᓂᓗᒃᑐᓗ ᐱᐊᖅᖃᓗᒃ ᐅᖅᓚᑉᒥ ᐃᓕᓴᐅᓂᕐᕕᖃᓂᓗᒃᑐᓗ ᐅᖅᓚᑉᒥ ᐃᓄᐃᑦᑐᓕᕐᓂᐊᓕᓕᒫᐃᖅᓚᑦ ᐊᖏᓂᓕᓴᕐᓂᐊᓕᓕᒫᐃᖅᓚᑦ ᐃᓄᐃᑦᑐᓕᕐᓂᐊᓕᓕᒫᐃᖅᓚᑦ ᑲᑎᒪᔨᐅᔨᖅᑲᓕᐅᔨᒧᖅ ᐅᖅᓚᑉᒥ ᐃᓄᐃᑦᑐᓕᕐᓂᐊᓕᓕᒫᐃᖅᓚᑦ



- ᐃᑦᔨ 2012-ᒥ ᓄᓇᓕᓂᒃᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᐊᐱᖓᑦ ᐊᓂᓇᒪᓕᐅᔪᖓᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᒧᑦ ᒪᑐᐸᑲᓐᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᕈᓴᖅ ᐊᑐᓕᖅᑎᓯᒪᔨᑦᑐᓯᑎᑦ ᓄᑖᖅ ᑕᒪᓕᓴᖅᓱᒪ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔪᒧᑦ. ᐱᓇᓱᐊᕈᓴᕐᔪᐊᑦ ᓴᖅᓯᓕᓕᖅᑐᖅ, ᓄᓇᓕᖅᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᓂᓕ, ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᕕᐅᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᖅᓂᖅᓂᓕ ᐊᑲᓇᒪᔨᑲᐅᔪᓂᓕ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᑎᒥᑦᑐᓯᒪᓕᒃ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᔨᑎᓂᖅ. ᓇᓗᓴᒃᑦᑕᐅᔪᖅᑲᓕᐅᔪᖓᖅ ᒎᓕᓂᖅᓱᒪ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᔨᑎᓂᖅ ᐊᑦᑖᑭᖅᓯᒪᔨᖅᑐᖅ ᐊᑐᐃᓐᓇᓯᐃᓇᑎᓐᓄᓕ ᐅᓄᖅᓯᓂᖅᓴᓂᐅᓂᖅ ᐊᑐᓕᖅᑎᓯᒪᓂᖅᓱᒪᓕᒃ ᐊᑐᖅᑭᓂᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᕕᐅᑦ ᐅᕙᓚᐅᖅᑎᑦ ᐊᑐᖅᑭᓂᖅ ᐊᑐᖅᑭᓂᖅᓴᓂᐅᓂᖅ ᐊᑐᖅᑭᓂᖅᓴᓂᐅᓂᖅ 2012-2013-ᒥ.

ᓄᓇᓕᓂᒍᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᓂᑐᓪᓚᐊᑐᕆᔨᓂᑦ ᓄᓇᕆᓪᒥ ᐅᓪᓗᖑᖅᑎᑦᓯᓂᖅᓴᒪᓕᒃ ᐱᓗᒃᓂᓪᓕᒥᒃ ᐊᑐᐅᑎᓂᑐᓪᓚᐊᑐᖅᓂᖅᓴᒪᓕᒃ (ᑕᕆᕆᐱᓇ 25, 2011) ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᖅᔪᐊᒥᐅᐅᔪᖑᖅᑎᑎᓂᑦ ᐊᖅᓂᓪ ᐅᓪᓗᖑᖅᑎᑕᐅᓂᖅᓱᒪ (ᐃᑦᔨ 8, 2012)

- ᑕᒪᒃᑯᓄᖅᓱᒪ ᖃᐅᔨᑎᓂᑐᓴᓪᓕᐊᓂᖅᑖᖅᑎᓗᒍ ᓄᐃᑕᐅᔪᖅᑲᓕᐅᔪᖓᖅ ᑐᓇᒪᓕᓐᓂᒃ ᖃᐅᔨᑎᓂᑐᓴᓪᓕᐊᓂᕆᔨᓕᓐᓂᒃ, ᒪᑯᓂᖅᓱᒪ ᑐᓴᕆᑎᒃᑯᓂᖅᓂᒃ ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑕᖅᓂᓗ, ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᓚᑦᔦᓂᖅᖢᖅᓯᒪᓂᖅᓂᒃ ᓴᓴᒥᓕᑲᖅᓯᒪᓂᖅᓂᒃ ᓄᓇᓕᖅᓂᖅᓱᒪ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᓯᒪᓂᖅᓱᒪᓕᒃ.

ᐱᕙᓪᓕᐊᑎᓂᖅᓱᒪᓕᒃ ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑕᖅᓂᖅᓴᒪᓕᒃ ᐃᓐᓇᑐᐃᓐᓇᓯᐃᓇᑎᓐᓄᓕ ᓄᓇᕆᓪᒥ ᐅᓪᓗᖑᖅᑎᑕᐅᓂᖅᓱᒪᓕᒃ ᐊᑐᐅᑎᓂᑐᓪᓚᐊᑐᖅᓂᖅᓴᒪᓕᒃ (ᑕᕆᕆᐱᓇ 25, 2011) ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᖅᔪᐊᒥᐅᐅᔪᖑᖅᑎᑎᓂᑦ ᐊᖅᓂᓪ ᐅᓪᓗᖑᖅᑎᑕᐅᓂᖅᓱᒪ (ᐃᑦᔨ 8, 2012)

- ᑕᒪᒃᑯᓄᖅᓱᒪ ᖃᐅᔨᑎᓂᑐᓴᓪᓕᐊᓂᖅᑖᖅᑎᓗᒍ ᓄᐃᑕᐅᔪᖅᑲᓕᐅᔪᖓᖅ ᑐᓇᒪᓕᓐᓂᒃ ᖃᐅᔨᑎᓂᑐᓴᓪᓕᐊᓂᕆᔨᓕᓐᓂᒃ, ᒪᑯᓂᖅᓱᒪ ᐅᓄᖅᓯᓂᖅᓴᓂᐅᓂᖅ ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑕᖅᓂᓗ, ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᓚᑦᔦᓂᖅᖢᖅᓯᒪᓂᖅᓂᒃ ᓴᓴᒥᓕᑲᖅᓯᒪᓂᖅᓂᒃ ᓄᓇᓕᖅᓂᖅᓱᒪ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᓯᒪᓂᖅᓱᒪᓕᒃ.

**ᐱᓕᕆᓂᑐᓪᓚᐊᑐᖅᓂᖅᓴᒪᓕᒃ ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑕᖅᓂᖅᓴᒪᓕᒃ ᐃᓐᓇᑐᐃᓐᓇᓯᐃᓇᑎᓐᓄᓕ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᓯᒪᓂᖅᓱᒪᓕᒃ ᐱᓗᒃᓂᓪᓕᒥᒃ ᐊᑐᐅᑎᓂᑐᓪᓚᐊᑐᖅᓂᖅᓴᒪᓕᒃ ᐊᑐᖅᑭᓂᖅ

- ᑲᑎᒪᓕᕐᓂᑦ ᑐᕐᖏᒪᑉᐳᓂᑦ ᐊᑦᒪᓗ ᐃᓂᐊᓂᖅ ᐊᑎᓄᑦ ᖃᐅᒪᐃᕐᒪᓄᑦ ᓴᓗᑦᒥᐅᓕᑦᓯᔪᖅᑐᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᓂᕐᑎᑦᑎᓕᑦᓯᔪᖅᑐᓄᑦᓗ ᓂᐃᖏᕐᓚᐅᑦᑎᓕᑦᓯᔪᖅᑐᓄᑦᓗ ᐱᓇᓚᒪᓂᒃ ᐃᓐᓂᐅᑦᓚᐅᖅᑐᒥᒃ. ᖃᐅᒪᐃᑦ ᑲᑎᒪᓕᕐᓂᕐᓗ ᐱᓇᓚᑎᕐᓂᕐᓗ ᐃᓚᓂᓂᐊᑎᓂᐅᓂᖏᕐᓚᐅᑦᑎᓕᑦᓯᔪᖅᑐᑦ ᑲᑎᒪᓕᖅᑐᕐᓂᖅᓱᕐᓂᖅᓯᓂᖅᓴᓂᖅᓱᓕᕐᓂᖅᓯᓂᖅᓴᓄᓗᒍ ᒡᓕᔪᐊ ᐱᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃᓴᓂᖅᓱᓕᕐᓂᖅᓯᓂᖅᓴᓄᓗᒍ: ᐱᓇᓚᐊᑦᓯᓚᒪᒥ ᐃᓚᓂᐊᑎᓂᐅᓂᖏᕐᓚᐅᑦᑎᓕᑦᓯᔪᖅᑐᑦ ᑲᑎᒪᓕᖅᑐᑦ ᐅᓚᕐᒥ 2011-ᒥ ᐃᓂᓚᐊᒥᐅᓄᓚ, ᐊᖏᐱᖏᐅᓗ ᑭᒡᒪᑦᑎᓂᖅᓱᓂᖅᑐᑦ ᐃᓚᐅᑦᓴᖅᓯᓂ ᑐᑭᓯᓂᐊᑦᑕᐅᑦᓴᖅᓱᓕᕐᓂᖅᓯᓂᖅᓴᓄᓗᒍ ᓄᓇᕗᓂᓚᐅᖅᑐᓂᒃ ᐃᓐᓂᐅᑦᓚᐅᖅᑐᒥᒃ ᐊᓂᓯᓂᖅᑐᓂᒃ ᐃᓄᓕᓴᓂᖅᓯᓂᖅᓴᓄᓗᒍ, ᐃᓚᐅᑦᓴᖅᓯᓂᓗ ᑭᒡᒪᑦᑎᓂᖅᓱᓂᖅᑐᑦ ᐃᓄᓕᓴᓂᖅᓯᓂᖅᓴᓄᓗᒍ ᓄᓇᖃᖅᓱᓕᕐᓂᖅᓯᓂᖅᓴᓄᓗᒍ ᑭᒡᒪᑦᑎᓂᖅᓱᓂᖅᑐᑦ ᐃᓐᓂᐅᑦᓚᐅᖅᑐᒥᒃ ᐃᓚᓂᐊᑎᓂᐅᓂᖏᕐᓚᐅᑦᑎᓕᑦᓯᔪᖅᑐᓄᑦᓗ ᓄᓇᖃᖅᓱᓕᕐᓂᖅᓯᓂᖅᓴᓄᓗᒍ ᐃᓐᓂᐅᑦᓚᐅᖅᑐᒥᒃ ᐃᓚᓂᐊᑎᓂᐅᓂᖏᕐᓚᐅᑦᑎᓕᑦᓯᔪᖅᑐᓄᑦᓗ ᐃᓄᓕᓴ



• ᒣ 2ᒥᑦ 6ᒍᑦ 2012ᒥ, ᐅᑯᐊ "ᔪᒃᔪᐊᒥ ᐊᖁᓂ ᐃᓄᐃᖁᖅ: ᓄᓇᕆᑐᑦ" ᐅᑦᑐᕐᐅᑎᐅᓕᐅᑦᔪᕐᓇᖅ ᖁᑭᒃᓴᐅᔭᓕᐊᖁᓂᑎᓯᓂᔪᓂᒃᓴᓂᒃ. 10-ᒪᓕᖅᓂᒃ ᐃᓄᐃᖁᒃᓂᒃ ᐱᕐᓕᐊᑎᑕᐅᔪᓂᒃᑲᓕᐅᔪᕐᓇᖅ ᒪᒥᔭᖁᓂᒃᓴᓂᒃ ᐊᑐᖁᑎᑎᕆᓂᒃ ᓄᓇᓱᐊᖁᑎᑎᕆᓂᔪᓂᒃ ᐃᓗᖁᕕᓕᖅᓂᒃᔪᒃ ᐅᖃᖁᔭᓂᒃᓴᓂᒃ ᐊᑐᖁᑎᑎᕆᓂᒃᓴᓂᒃ ᐅᖃᖁᔭᓂᒃᓴᓂᒃ ᐊᑐᖁᑎᑎᕆᓂᒃᓴᓂᒃ ᐃᓄᐃᖁᒃ

ᑎᒥᖅᑎᕐᓯᒪᓂᖅ ᓄᓇᕗᑦᓂᓗ ᑕᓴᐅᖅᓴᕐᕕᖅ ᓴᓇᖅᓱᓚᒥᐅᑉᐳᓂᖅ ᑭᓇᐅᖅᑕᑎᑕᐅᓴᕐᕕᖅᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᕕᖅᓂᓗ ᐊᑐᐊᓕ ᐊᑐᐊᖅᑐᑦ ᐊᖏᓪᓗᓂᖅᓯᒪᓂᖅᓂᖅ ᐃᓄᓕᓴᕐᕕᖅᓂᓗ ᓇᓪᓕᖅᓯᒪᓂᖅᓂᖅ.

- ᓄᐃᑦᐱᓇᓱ 2011-ᒥ, ᐱᓇᓴᐊᖅᑎᑕᐅᓴᕐᕕᖅᓂᑦ ᐊᐅᓚᑦ ᐃᓕᒫᓂᓱᖅᓯᒪᓂᖅ ᐃᓄᐃᑦᑐᓂᓱᖅᓯᒪᓂᖅ ᐊᑦᒪᓗ ᐊᐅᓚᑦ ᐃᓄᓕᓂᓱᖅᓯᒪᓂᖅ ᑲᔪᓯᑎᑦᓴᓕᖅᓯᒪᓂᖅᓂᖅ ᐅᐊᓂᖅ ᐊᐅᓚᑦ ᐱᓕᕆᔨᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᐃᓄᐃᑦᐳᖅ ᐊᖏᓪᓗᓂᖅᓯᒪᓂᖅᓂᖅ ᓄᑦᑎᓂᓴᓕᖅᓯᒪᓂᖅᓂᖅ. ᑮᑦᑐᓂᐊᕐᓗᒃ ᐃᑲᔪᖅᓴᓕᖅᑎᓂᓱᐊᕐᓗᒃ ᐱᓇᓴᐊᖅᑎᓚᐅᖅᓯᒪᓂᖅ ᐱᓇᓴᐊᖅᑎᑦᓴᓕᖅᓯᒪᓂᖅ ᑕᒪᑐᐊᖅᓯᒪᓂᖅ.

- ᑐᓂᐊᖅ 18, 2012-ᒥ ᐅᓪᑐᕐᕉᐅᑎᒥᑦ ᐱᓇᓴᐊᖅᑕᐅᔪᖅᑲᓚᐅᔪᓕᕐᓂᖅ ᐃᓚᒥᓕᓴᐅᔪ ᐋᐱᐃ ᐊᑦᔪᓕᐊᒥ. ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᓗ ᐃᓄᐃᑦᑐᓗ ᑕᒪᓕᓴᒥᓱᒃ ᖃᐃᐊᒥᔪᖅᑐᖅᓴᖅᑭᑎᑕᐅᓚᐅᔪᓕᕐᓂᖅ ᑭᓪᓗᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦᑐᒥᒃ ᖃᓄᐅᔨᖅᑐᑦᑐᒥᒃ ᐃᓐᓇᓕᓴᐅᓕᖅᑐᑦᑐᒥᒃ ᐱᑕᖃᓕᖅᑐᑦᑐᒥᒃ ᐊᑕᓕᖅᓴᓕᖅᑐᑦᑐᒥᒃ ᐃᓄᐃᑦᑐᖅᓴᓕᖅᑐᑦᑐᒥᒃ ᐊᑕᓕᖅᓴᓕᖅᑐᑦᑐᒥᒃ.

- ᐃᑦᔨ 2012-ᒥ, ᐅᓪᑐᕐᕉᐅᑎᒥᒃ, "ᓂᓚᒋᓕᖅᓂᒃ ᑭᓕᖅᓗᐊᖅᑎᑦᑐᓂᒃ ᔪᓐᓇᕐᓂᖅ ᐃᓄᐃᑦᑲᖏᓪᓕᐊᓂᖅ" ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓂᖅᑲᓚᐅᔪᓕᕐᓂᖅ ᑭᖑᓪᓕᖅᓴᖅᑭᑎᑕᐅᓚᐅᔪᓕᕐᓂᖅ. ᑕᒪᒃᔪᐊᓇ ᑭᖑᓪᓕᖅᓯᒪᓂᖅ ᐱᓕᕆᔨᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᐃᓕᓴᕐᕕᖅᓂᑦ ᐃᓄᐃᑦᑐᖅᓴᓕᖅᑐᑦᑐᒥᒃ ᐊᑐᐊᖅᑐᑦ ᐃᓄᐃᑦᑐᖅᓴᓕᖅᑐᑦᑐᒥᒃ

- ᑕᓱᕕᖅᑎᑦ ᑲᑐᔾᔨᑲᑎᒃᓴᓂᖅᓄ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓕᒃᓄᐃᑦ ᒪᓐᑐᔾᓄᐊᑎ.

ᖃᓄᐊᒥᓂᕆᔨᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔪᖃᕐᓂᖅ ᐅᒥᖅᓄ "ᐅᕐᓄᑲᓂᓄ ᓱᓇᓱᐊᖅᑎᓱᓂᑦ" ᐊᒥᓱᓕᓐᓄᑦ ᑎᒥᐅᔪᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᑎᒃᑭᒍᑎᓂᖅᑐᑦ ᑕᒪᓂᓂᖅᓄ ᐅᕐᓄᑲᓂᑦ ᐱᐅᔪᑦ ᐊᑐᑎᑎᓂᑦᓱᓕᕆᓂᖅᓄᑦ ᐃᓕᓴᐃᓂᖅᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᐊᖅᓱᓂᑦ ᓄᓇᖅᓯᐊᒍᑦ:

- ᑲᑎᐱᑦ ᓄᓇᓕᒻᒥᑦ ᑲᑭᒪᖅᓯᒪᓂᖅ ᐱᖅᓯᐊᓂᕆᔨᐱᐅᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᓱᖅᓯᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᓕᔾᔨᓂᔨᐱᐅᓪᓗ ᐱᒋᐅᖅᓯᐊᖅᐱᐅᓪᓗ ᐱᓇᓱᐊᖅᓱᖅᓯᓂᑦ;
- ᒪᑭᕐᐱᓂᑦ ᐅᖅᓯᒪᓂᖅ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᓕᐅᖅᓯᒪᓂᖅᑐᑦ;
- ᓄᑦᔪᐊᑦ ᓯᖅᓯᒪᓂᖅ ᕿᑦ ᕿᓘᑦ
- ᓄᑦᔪᐊᑦ ᒥᓂᓱᕿᓂᖅᓯᒪᒋᐊᖅᑐᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᖅᓯᐊᖅᑎᓂᓱᓕᕆᓂᑦ
- ᓄᑦᔪᐊᖅᑎᐅᑦ ᑎᑎᖅᓯᒪᖅᓯᑦ;
- ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐅᕐᓄᑲᖅᑭ ᐃᑦᓗᓄᖅᓯᒪᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ ᕿᓘᑦ ᐱᖅᓯᐊᖅᑎᓂᖅᓄᑦ;
- ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓗᓕᓂᔨᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᕿᓘᑦ ᐅᕐᓄᑲᓂᑦ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᓂᕐᓄᓪᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑐᓕᓂᖅᓯᒪᓂᕐᓄᓪᓗ ᐊᓇᓱᐊᖅᓱᖅᓯᓂᑦ;
- Dawson College ᐃᓕᓴᐃᓇᐃᒻᒪᓚᓐᓂᒃᑕ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᖅᓯᐊᖅᓯᓕᓂᖅᓱᓕᒃᑐᑦ ᓯᑐᓕᓯᔨᐅᓂᖅᒍᓗ ᐱᒋᐅᖅᓯᐊᓂᓕᓂᖅᓄᑦ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᓕᐅᖅᓯᒪᓂᖅᓄᑦ ᐱᐃᓕᓴᐃᓂᓕᓯᓂᖅᓄᑦ ᖃᖅᑲᐅᓂᖅᓄᑦ ᐃᑲᔪᖅᓚᐅᖅᑐᖅᓄᑦ ᐊᓇᓱᐊᖅᑲᓂᖅᓱᓂᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐅᐃᓕᓴᐃᓂᖅᓯᒪᓂᖅᓄᑦ ᐱᐃᓕᓴᐃᓂᖅᓯᒪᓂᖅᓄᑦ ᐅᖅᓯᒪᓂᖅᓄᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐅᐃᓕᓴᐃᓂᖅᓯᒪᓂᖅᓄᑦ ᐊᓇᓱᐊᖅᓱᖅᓯᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᖅᓯᐊᖅᑎᓂᖅᓄᑦ ᐊᓇᓱᐊᖅᓱᖅᓯᓂᑦ;
- ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓗᓕᓂᔨᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐸᖅᓂᓕᓂᖅᓄ

ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᑎᓴᓯᑦ ᑎᒥᐅᔨᐃᐃᑦ ᐅᑕᖅᑭᒥᐊᖅᑲᓪᓚᕆᐊᖅᑎᓂᖅ ᓴᓗᒻᒥᐅᒪᓕᒐᓗᐊᖅᑎᓂᖅ ᑌᓐᓄᐊᐊ ᐊᑦᑕᓴᒪᔨᖏᑦᑐᒥᐅᓕᕆᓂᑦ ᐱᔭᐅᖅᖢᖅᑐᓴᓕᕆᓂᖅᓱᓂ ᓴᒋᓐᓇᖅᑎᓂᓐᓇᕐᓂᖅ.

ᐃᓐᓇᓯᑦᓂ ᓴᓗᑎᓴᓄᑦ ᓄᓇᕗᑦ ᐊᖏᖅᑐᓴᖅᑐᑦᑎᓐᓄᑦ ᐱᓕᕆᔨᒃᑲᓐᓂᖅᑐᑦ, ᐅᓇᐅᒥᔭᐅᔭᓐᓄᑦ ᑕᒪᓐᓇ ᓴᓂᑦᑕᓐᓇᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᑐᑦ ᐃᓂᓴᖅᑐᓂᖅᑐᑦ ᑕᒪᐃᓐᓇᖅ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᑐᑦ ᐊᑐᖅᑐᑦ ᐊᓂᓴᖅᑐᓂᖅᑐᑦ ᐃᓂᓴᖅᑐᓂᖅᑐᑦ

ᐊᑐᖅᑕᐅᔪᖅᑲᓂᓂ ᐱᓇᓱᓕᑎᑦᓯᐊᕐᓯᑎᑕᓗᒍ ᑯᐯᒃᒥ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖑᓂᑦᑐᓂᒃ ᐃᑦᐱᒋᔭᖑᓂᐅᔪᓐᓇᓗᒃᑕᓪᓚᑦ.

ᑎᒍᒥᐊᖅᑎᓇᔪᓯᐊᖅᓂᒍᑦ ᐊᓂᓂᐊᓱᐅᔪᖅᑏᑦ ᐱᓇᓱᑎᖅᑎᓂᒃ, ᓄᓇᕗᐅᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᖅᑎᖅ ᑲᒪᔨᖑᓂᖅᑐᑦ ᐅᓪᓗᕆᔨᒃᑯᑦ ᐸᓇᖅᑐᓂᒃᑯᓗᒍᑦ ᐃᓂᓕᓂᐊᖅᑐᒃ, ᑲᒪᔨᖑᓂᖅᑐᓂᒃᓗ ᑎᒍᒥᐊᖅᑎᓇᓂᒥᓗᒃ ᑎᒥᓕᓇᓕᓂᒃ. ᑌᒃᑯᐊ ᐸᓇᐅᔪᑦ ᐃᓕᖅᑦ ᑲᔪᖅᑦᓴᕐᑎᑎᐅᓕᖅᓯᒪᒋᔭᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᓂᐊᑎᑦᓯᒪᔭᖅᑐᒃ ᑎᒥᓕᓇᓕᓂᒃ.

ᓄᓇᕗᓕᒫᑎᒍᑦ 20-ᓂᒃ ᑎᒥᓕᓇᓕᖅᑲᖅᓱᒃ: 10ᓂᒃ ᐊᑌᓴᐃᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ 10-ᓂᒃ ᐅᓪᓚᒃ ᐃᓄᓴᓓᓂᒃ ᐱᓇᓱᓂᒃ. ᑕᒻᒪᓂ ᒪᔨᓂᖓᒻᒪ ᐱᓇᓱᐊᓕᐅᖅᓯᒪᓪ:

- ᑕᓕᒪᓂᒃ ᓄᑖᓂᒃ ᑎᒥᓕᓇᓕᓂᒃ ᐱᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑲᖅᓱᐊᓕᓴᖅᓯᒪᓪ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓇᓗᓀᖅᓯᓂᐊᓕᖅᑲᑎᒍᑦ ᑯᐯᒃᒥ ᐊᑐᖅᑕᐅᓕᓇᓕᓂᒃ;
- ᖃᓄᐃᓕᓂᒃ ᐅᑎᐊᖅᑐᓂᒃ ᐱᐅᓇᖅᑑᑉᓕᒥ ᐃᓕᓴᖅᑎᐅᔪᖅᑐᒃ ᐊᑐᖅᑕᐅᓕᓇᓕᓂᒃ ᐃᓕᓴᓂᐊᑎᑦᓯᒪᓪ;
- ᐊᑐᖅᑕᐅᔪᖅᑎᓂᒃ, ᓯᓚᑦᓂᒥᐅᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓕᓇᓕᓂᒃᓂᒃ ᐳᓴᓇᖅᑐᓂᒃ:

  - ✓ ᑕᐃᓂ ᓄᓇᕗᑦᑎᑐᖅᑲᖅᓱᓇᓂ ᐱᓕᓇᓕᓂᒃᓄᑦ ᐊᑐᖅᑕᐅᔪᖅᑎᖅᑎᑦᓂᒃ;
  - ✓ ᐱᖓᓱᓂᒃ ᐅᑦᓇᓂ ᐳᓴᓇᖅᑐᑦ ᓯᓂᑎᓯᔪᓯᑦᒪᑦ;
  - ✓ 22ᓂᒃ ᑕᖅᑭᓂᒃ ᐃᑲᔪᖅᑎᖅᑲᓯᓂ ᐃᓕᒋᑦ ᐊᑐᖅᑕᐅᔪᖅᑎᑕᓴᐅᓂᖅᑎᓄᑦ;
  - ✓ 14ᓂᒃ ᑕᖅᑭᓂᒃ ᐳᓴᓇᖅᑐᓯᑎᒃ ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᑉᐸᓂᒃ ᐊᑐᖅᑕᐅᔪᖅᑎᑕᓂᒪᒍᑦ;
  - ✓ ᓯᑕᒪᐃᑦᓯᑎᒃ 3ᓂᒃ ᐅᑦᓗᓂᒃ ᐱᐊᖅᑐᓂᒃ ᐃᓯᒪᓕᓇᓂᒪᒍᑦ;
  - ✓ 6ᓂᒃ ᐅᑦᓗᓂᒃ ᐳᓴᓇᖅᑐᑦ ᐱᐊᖅᑐᒥᒃ ᐃᓯᒪᓕᓇᓂᒪᒍᑦ;
  - ✓ ᑕᓕᒪᐃᑦᓯᑎᒃ 3ᓂᒃ ᐅᑦᓗᓂᒃ ᐳᓴᓇᖅᑐᓯᑎᒃ ENT-ᒍᑦ;
  - ✓ ᐱᖓᓱᐃᑦᓯᑎᒃ 3ᓂᒃ ᐅᑦᓗᓂᒃ ᐳᓴᓇᖅᑐᓯᑎᒃ -ᒍᑦ;
  - ✓ ᐱᖓᓱᓂᒃ ᐅᑦᓗᓂᒃ ᐳᓴᓇᖅᑐᑦ ᓯᐅᑎᓕᓇᓂᒪᒍᑦ;

- ᓯᓇᓯᐊᖅᓯᑎᒃ ᑲᔪᓯᔪᒥᒃ ᐊᑐᖅᑕᐅᓕᓇᓂᒪᒍᑦ ᐃᓕᓴᓂᐊᑎᑦᓯᓯᑎᒃ 12-ᓂᒃ ᑎᒥᓕᓇᓕᓂᒃ;
- ᐱᖓᓱᓂᔪᓐᓇᐃᑦᓯᑎᒃ ᑲᑎᒪᑦᓯᔪᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑎᒍᑦ ᑎᒥᓕᓇᓕᓂᒃᑕ ᐳᑐᓂᖓᓂᖅᓂᒃ ᑲᑎᒪᓕᐅᖅᓂᒃ;
- ᑲᑎᒪᓂᖅᑕᒥᒃ ᓄᓇᕗᓕᒫᑎᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᐱᖓᓱᒍᑦ ᐊᑐᖅᑕᐅᓕᓇᓕᓂᒪᒍᑦ ᐃᓕᓴᓂᐊᑎᑦᓯᒪᓪ Dr. Boulanger ᑯᓚᓪᓕᐊᖅᓯᑕᒫᑦ;
- ᑲᑎᒪᓂᖅᑕᒥᒃ (4-ᐱᑦᓯᑎᒃ ᐊᖏᔪᒍᒫᑦ) ᑯᐯᒃᒥ ᐊᑐᖅᑕᐅᓕᓇᓕᓂᒪᒍᑦᑕ ᑲᑎᒪᓕᐊᐱᐊᖅᓂᒪᒍᑦ ᑐᑭᔪᐊᑦᑎᓯᓂᔪᒍᑦ ᑐᑭᓯᓂᐊᖅᓂᔪᒍᑦᓗ ᐊᑐᖅᑕᐅᓕᓇᓕᓂᒪᒍᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓕᓴᓂᐊᑎᑦᓯᒪᓪ ᐱᓇᓱᐊᖅᐱᖓᓱᓂᒪᒍᑦ.

ᐃᓕᓴᓂᐊᖅᑐᒃ (ᖃᓄᐃᓕᓂᒪᔨᐊᖅᓱᒃᑲᓐᓂᑦ)



ᑯᐯᐅᑯ ᑲᓪᓚᕐᓚᑦ ᐊᓂᐊᓕᓕᓇᓵᖅᑎᑦ ᑲᑎᕋᐊᓪᓚᓂᖅᓯᒪᓕᕆᔨᖅ ᐱᔪᓐᓇᕐᓂᐊᕐᓯᒪᓂᖅ ᐊᓂᐊᓕᓕᓇᓂᖅᓴᑦ ᖃᐅᔨᓴᕆᐊᖃᑎᒌᓂᖅ ᑯᐯᐅᑯ. ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓕᓴᕆᓇᓂᖅᑐᑦ ᐱᖓᓱᖃᑎᒌᓂᖅ ᑕᒪᓐᓇ ᐊᓂᐊᓕᓕᓇᓂᖅᓴᑦ ᐃᓕᓴᕆᓇᓂᖅᑐᑦ ᐊᑐᖅᑐᖅ

- ᐊᖅᑕᒥᔭᐃᓂᖏᖅᖃᖅᑎᑐᒍᓯᖅ ᑐᑭᓯᓂᐊᓂᖅᓯᒥᒃ
- ᑲᒪᒥᔭᐃᔪᓂᒃ ᐅᖏᖅᑲᑎᑎᓯᖅ ᐃᓕᓴᐃᓂᖅ
- ᑲᒪᒥᔭᖅᑲᓇᐊᖅᓯᓂᒃ ᐊᓂᓂᐊᕕᓂᐊᖅᓯᓯᒪᓕᑐᐊᖅᐸᓯᐅᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᑭᖑᓂᖅᓯᒪᔪᖅ ᐅᓪᓚᓂᐊᖅᓯᓗᑎᒃ ᓄᓇᓕᓂᓄ
- ᑲᔪᓯᔪᒥᒃ ᐃᓕᓴᓂᐊᑎᒋᓯᓂᖅ

ᐱᖅᔪᔭᓂᒥᒃ ᐱᐃᖅᓴᖅᑎᑲᓯᓂᖅᓯᒪᖅᑕ

- ᐊᑐᐃᓐᓇᓯᐊᖅᑐᒥᒃ ᑐᓴᐅᒪᑎᓕᓇᓂᖅᖃᖅᓴᓂᓄ ᐱᔪᖅᑕᔭᓄᖅ ᐊᖅᑕᔨᖅᑎᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓂᓂᒃ ᑐᑭᓯᓂᐊᓂᖅᓴᖅᑐᑐᒍᓂᒃ (ᑲᒪᖅᓴᐅᑎᒥᔪᓐᓇᐅᑐᓂᒃ ᐱᖅᓴᓕᒥᓴᐅᔪᓂᓕ ᐱᔪᖅᑕᔨᓄᖅ)
- ᓴᓗᖅᒥᔪᑎᓂᒃ ᐅᓪᓚᓂᐊᖅᑐᓄᖅ ᓄᓇᐃᖅᒪᔪᖅ
- ᖃᐅᔨᓴᖅᑎᒪᓵᖅᖅ ᑲᑎᒪᓂᖅᒪᓴᖅᓯᖅ
- ᓴᓗᖅᒥᔪᖅᑎᒪᓵᖅᖅ ᐊᓂᓂᐊᕕᓂᓇᓂᖅᓯᖅᓂᓂᒃ
- ᑐᑭᔪᐊᖅᑎᑕᐅᔪᖅᓴᓂᓄ ᐃᑐᓂᐊᐃᖅᒪᓇᐃᐅᖅ ᖃᐅᔨᓴᖅᑐᓂᓇᐃᐅᖅᑐᓗ ᓄᓇᓕᓂᑐᓗ ᑐᓴᐅᒪᐃᑎᑎᓇᐃᐅᖅᑎᓂᓂᒃᓂᓂᒃ
- ᓄᓇᓕᓂᒋᓂ ᐃᓕᐃᑐᓂᖅᒪᐃᑎᓂᓂᒃ (ᐅᑐᑐᑎᓕᔪ ᓂᓇᓴᖅᑲᓕᑐᓕᐊᖅᓴᖅᑐᓂᑐᓂᓇᓂᓴᔪᓂ)

ᑲᑎᓴᓕᐃᓂᓴᔪᓂ ᐱᐊᖏᓂᓴᒥᒃ ᑕᓴᑐᓴᓂᔪᑎᔪᓂ ᖃᑎᖏᓴᐅᓂᐅᐸᓂᐅᓂᒃ (Ultrasound)

ᐱᐊᖏᓂᓴᒥᒃ ᑕᓴᑐᓴᑕᐅᓂᖃᓕᓴᔪᑐᓴᓂᒃ ᐱᐊᖏᓂᓴᓂ ᑭᖅᖁᒪᓂᕕᓂᑐᓴᖏᓂᒪᓂ ᐊᓂᓂᐊᓂᕕᓂᓇᔨᐅᑐᐊᖏᓂᒪᓗ. ᑕᓴᑐᓴᑎᓱᓂ ᖃᑎᖏᓴᕕᒪᓂᖃᓕᓴᔪᓗᐊᖏᓂ ᑕᓴᑐᓴᑕᐅᔪᒥᒃ ᑭᔪᐊᓂ ᔪᓇᒥᒃ ᐃᕕᐃᓐᓇᓂᓴᖃᖅᓴᖅᒪᓂᓕᖅᑎᓂᒃ ᓴᖃᖅᑐᓴᓂᓕᖅᓴᓂᓂᒃᓂᓂᒃ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᔪᖅᑐᑕᐅᔪᓴᖅ ᑎᑎᒥᒃ ᖃᑎᖏᓴᖅᓴᒪᓇᒪᒍᓂ, ᓄᓇᑦᑎᓂᒃ ᐱᔪᖅᑕᔨᔪᒍ. ᒎᓐᓇ ᑐᑭᖃᓂᖅᓴᖅᑐᓂᓇᐃᐅᖅᑎᓂᓂᒃ ᖃᑎᖏᓴᖅᓴᕆᐊᖅᓂᒃ ᖃᖃᓂᑕᐅᓂᓴᓂᓂᒃ ᑐᑭᔪᐊᓂᓂᒃᓂᓂᒃ ᑐᑭᔪᐊᓂᓂᒃᓂᓂᒃ ᐃᓕᓴᐃᓂᖅ ᐱᓇᓯᐊᖅᑐᒥ

ᑕᒪᓐᓇ ᖃᐅᔨᓴᖅᓂᖅ ᐱᓇᓴᐊᖅᑕᐅᓂᖅᑲᓴᖅᔪᑐᖅ ᐊᓐᓇᖅᓱᒡᒐ ᐊᐅᖅ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᑎᑦ ᓗᒍ ᐱᐊᖅᑦᓴᖅᑲᖅᓯᐅᓂᓇᓴᓂ. ᐱᐊᖅᑦᓴᓕᒻᒥᐅᑦ ᑯᐯᒥ ᐱᐊᖅᑦᓴᓂᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᓴᐃᖅᓱᓂᑦ ᐃᓗᓴᓂᔪᑎᖅᑲᖅᑐᓂᖅᓱᓂᑦ, Ċᓐᓇ ᖃᓄᐃᓕᐅᓇᐊᖅᑲᖅᓂᖅᓱᓂᑦ ᖃᐅᔨᑎᑕᐅᓴᖅᔪᑐᖅ ᑎᒥᓕᓇᔨᒍᑦ ᑲᒪᕐᒪᑐᐃᓕᑦ ᖃᒪᕐᓴᖅᑲᖅᓯᒪᓂᖅᓱᓂᑦ ᐅᕐᕿᑕᓂᖅᑐᑦ ᐱᐊᖅᑦᓴᖅᑲᖅᓯᐅᓂᖅᓱᓂᑦ ᖃᐅᔨᒪᔨᒪᓇᒪᒃᑐᒃ.

ᐃᓴᒪᖅᑲᓴᐊᖅᑎᑦᑐᓕᓇᓂᖅᒍᑦ ᐱᒋᐊᖅᔨᒍᑎᓕ ᖃᔨᓴᑎᑕᐅᓂᖅᑎᓂᖅᓴᓕᓂᑦ

ᐊᓂᓕᐊᕕᓕᖅᑎᑎᓴᓴᒪᓂᖅᒍᑦ ᐱᒋᐊᖅᔨᒍᑎᓂᓂᑦ ᐃᓴᒪᖅᑲᓴᐊᖅᑎᑦᑐᓂᖅᓱᓂᑦ ᒪᓐᓇᓴᓂ McGill *RUIS*-ᓴᓂᑦ Notre-Dame Hospital ᐊᓂᓕᐊᕕᖅᓱᓂᖅᑐᑦᓯᖅ, Ċᖅᓴᐊ ᐊᒥᓴᒪᓐᓇᓂᓂᑦ ᐊᖅᖁᒍᓂᖅ ᑕᒪᑦᓴᖅᓱᓂᖅ ᖃᓄᐃᓴᓕᐅᔨᓴᖅᓱᓂᖅ.

ᑕᒪᓐᓇ ᐊᓴᑦᔨᑕᐅᓕᐅᔨᒪᓕᑦ ᓄᑖᓂᖅ ᐊᑐᑦᑕᐅᔨᖅᓱᖅᑕᓂᓂᐊᓕᓴᑎᓗᒍ ᑕᒪᑦᓴᒥᖅᓱᒃ ᐱᒋᐊᖅᔨᒍᑎᐅᓴᒥᖅ ᐊᓂᓕᐊᕕᖅᓱᓂᖅᑐᓂ. ᑯᐯᖅᑦ ᐊᓂᓕᐊᓂᓕᓇᔨᖅᑐᑦ ᒪᑦᔨᓂᖅ ᐃᓴᒪᓕᓇᔨᓂᖅ ᐱᒋᐊᖅᔨᒍᑎᓂᖅᑐᖅᓱᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑦ. Ċᖅᓴᐊ ᐱᓇᓴᐊᖅᑲᖅᓱᓂᐊᓕᒫᓂᖅ ᒪᓐᑐᔨᐊᑦ ᓄᓇᖅᓄᓂ ᐱᒋᐊᖅᔨᔪᓇᓴᐊᓂᖅᓱᓂᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᓂᖅ ᐊᓂᓕᐊᕕᖅᓱᓂᖅᑐᓂ ᐱᓇᓴᐊᖅᑲᖅᓱᓂᐊᓕᒫᓂᖅ.

ᑕᒪᑦᓴᒥᖅᓱᒃ ᐱᒋᐊᖅᔨᓴᖅᑎᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑦ ᐊᑐᑦᑕᐅᔨᖅᓱᖅᑕᓂᓂᐊᓕᓴᑎᓗᒍ ᑕᒪᑦᓴᒥᖅᓱᒃ ᐱᒋᐊᖅᔨᒍᑎᐅᓴᒥᖅ ᐊᓂᓕᐊᕕᖅᓱᓂᖅᑐᓂ. ᑯᐯᖅᑦ ᐱᓇᓴᐊᖅᑲᖅᓱᓂᐊᓕᒫᓂᖅ ᒪᓐᑐᔨᐊᑦ ᓄᓇᖅᓄᓂ ᐱᒋᐊᖅᔨᔪᓇᓴᐊᓂᖅᓱᓂᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᓂᖅ ᐊᓂᓕᐊᕕᖅᓱᓂᖅᑐᓂ ᐱᓇᓴᐊᖅᑲᖅᓱᓂᐊᓕᒫᓂᖅ.

ᑕᒪᑦᓴᒥᖅᓱᒃ ᐱᒋᐊᖅᓄᑦᓴᒥᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑦ, Ḷᓐᓇᓂᖅᑦ ᐊᓐᓴᑕᐅᑎᑦᓴᓴᑦᑐᓂᖅᑦ ᑐᑭᓴᒪᑦᓴᖅᓱᒃᑲᓐᓂᕐᒪᑐᖅᑦ ᖃᐅᔨᒪᔭᑎᐅᓂᖅᑐᑦᓯᖅᑐᓂᖅᑦ ᑕᒪᓐᓇᓂᓂᑦ (McGill *RUIS*, Douglas Institute, ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑦ ᐃᓕᓴᕆᓚᓐᓂᖅᑐᑦ).

ᑲᑎᒪᓂᒪᓚᖅᑲᖅᓱᓂᐊᓕᑐᑦ ᐃᓴᒪᖅᑲᓴᐊᖅᑎᑦᑐᓂᖅᓱᓂᑦ ᐃᓕᒪᖅᑲᓴᐊᖅᑎᑦᑐᓂᖅᑦ ᒪᑕᐃᓕᓴᐅᓂᖅᑐᑦ ᒪᑭᐅᑦ McGill *RUIS*-ᓴᓂᑦ ᐁᓚᓕ 13, 2012-ᒥ ᑕᒪᑦᓴᒪᐅᑦ ᐃᑲᔪᑦᓴᒪᒪᑎᐅᑦ ᒥᑦᔪᓴᓂᑦ ᑲᔪᑦᓴᓴᑦᑐᓂᖅᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᖅᑦᓴᖅᑲᖅᓱᓂᐊᓕᒫᓂᖅ ᐃᑲᔪᑦᓴᖅᑲᖅᓱᓂᐊᓕᒫᓂᖅ Dr. Tewfik Said-ᒥᑦ.

ᐃᓄᐃᑦ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑎᓪᓗᐸᖅᓯᒪᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᐸᖓᒻᒥᑦ

ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᓱᓕᕆᓂᐊᑦ ᑐᓴᖅᓴᖅᑭᑦ

ᐅᑯᐊ 2011-2012 ᐊᖅᑭᒧᖅᓯᒪᓂ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᓗᐊᖅᓯᒪᓂᐊᖅᑐᑦ:

- ᑕᒪᓐᓂ ᓄᓇᒥ ᐱᑕᖅᑲᓗᐊᖅᑎᑐᓴᕐᑕᐅᓂᖅᓱᓐ ᐊᒥᓱᖅᑎᑐᒃᓴᓗᓂᐊᓐᓂᖅ ᐊᖅᑭᒧᓐ, ᑕᒪᑲᓇ ᐅᑭᑲᓇᓐ ᓄᐃᒥᐊᖅᑲᑐᒪᒪᕐᕕᐅᓂᕐᒥᔪᓐᓇᖅ. ᐊᑕᐅᓱᖅᒥ ᓄᓇᓕᒪᒥ ᐊᒥᓱᖅᑎᑐᒃᓴᓗᓂᐊᓐᓂᖅ ᐅᑭᑲᓇᑕᑐᖅᑕᐅᓂᖅᑐᑦᓯᐊᖅᑐᑦ ᐅᑭᑲᓇᓐᓂ ᑭᓱᓐᓂ ᓄᓇᓕᒪᒥᒃᑐᖅ ᐃᒪᖅ 2012-ᒧᑦ ᑎᑭᕋᑦᓱᒧᑐ. ᑕᒪᑦᓱᒧᖅᓴᖅ ᐅᑭᑲᓇᓐᓂᒧᑦ ᐱᓇᓱᐊᓚᐊᖃᖅᑐᖅᓴᖅᑕᕕᓕᕕᐅᓂᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᒥᓴᐅᔪᑦ ᐃᓄᐃᑦᓯᒥᓴᖅᑐᑦ, ᑐᓕᑦᑕᐱᖅ ᐊᓂᓂᓱᖅᓴᖅᓄᓇᓕᒪᓂ ᓄᓇᓕᓂᓐᓂ ᐊᓂᓂᓱᖅᓴᖅᓄᓇᓕᒪᓂ. ᒐᖅᓇᐊ ᐃᑲᔪᑦᑕᐅᖅᑐᑦᕕᓕᕕᐅᓂᖅᑐᔪ ᐊᓱᐊᑎᒧᑦ (ᐱᓇᓱᑦᑎᑎᒧᑦ, ᑭᓇᐅᔭᑎᒧᑦ ᐃᑲᔪᓚᐊᖅᑐᖅᓴᓇᓂᑦ);
- ᖃᑲᐅᔪᓴᑦᑕᐅᓕᕐᔪᑦ ᑲᓇ Ldᑦᒧᑦ/Dr. Gina Muckle ᓄᓇᕕᐅᑦ ᐱᐊᖏᖅᑎᓂᓂᖅ ᐅᑭᐅᓕᓂᓂᖅ 11ᓂᑦᓗ 12ᓂᑦᓗ, ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᐃᑦ ᖃᓄᐃᖅᑐᓴᕐᑕᐅᑎᑦᓴᖅᑎᓂᓂᖅ ᐊᑐᑎᔭᐅᖅᓯᔭᕐᔪᓂᖅ ᐃᓄᓂᖅ ᑐᓴᖅᑎᑦᓯᒪᑎᑕᕕᐅᔪᖓᑦ ᐊᒥᓱᓕᓚᓂᖅ ᑐᓴᖅᑎᑦᓯᒪᑎᓂᖅ ᑐᖓᓂᓕᒫᑎᑕᕕᐅᔪᓂᖅ ᓄᓇᕕᐅᑦ ᐃᓄᓂᖅᓯᓂᓂᖅ ᑐᓴᖅᑎᑦᓯᒪᑎᓂᖅ ᑐᖓᓂᓕᒫᑎᑕᕕᐅᓂᖅ ᐃᑲᔪᓚᐊᖅᑐᖅᓴᓇᓂᑦ.
- ᓄᓇᓕᑦ ᐊᐱᓚᓵᕕᖏᓐᓂᒻᒪᑕᕕᐅᓂᖅᑐᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔪᒪᓕᓵᖅᓴᖅᑐᓂᖅ ᕕᖅᑲᖅᐱᖅᑲᓂᖅ ᐱᐊᖏᖅᑎᓂᖅ ᐱᖏᓐᓂᒻᒪᑎᑦᓯᓂᖅᓱᓐᓂᖅ. ᒪᖅᑭᐃᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔪᒪᓕᓵᖅᑲᖅᓱᒪᓕᒃ (ᐃᓐᓇᓵᔪᑦ ᐱᐊᖏᕕᑦ ᐱᖏᓐᓂᒻᒪᑕᕕᐅᓂᖅᓴᖅᓄᓇᓕᒪᓂᖅ ᐯᓇᓐᓂᔾᔨᓐᓇᖅ ᐊᒻᒪᓗ ISPEC-type ᐊᑐᖅᑕᐅᔪᓂᖅᓴᖅᓄᓇᓕᒪᓂᖅ), ᓄᓇᓕᑦ ᐱᓇᓵᖅᑲᓪᓚᕆᐊᓕᕕᐅᓂᖅᑐᑦ ᑕᒪᕕᐅᓂᖅᓴᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᑕᕕᐅᔪᒪᓕᓵᓇᐊᒥᕕ ᐃᓕᕕᐅᖅᑲᑕᕕᐅᓂᖅᓗᐊᓐᓂᕕ ᐱᓇᓱᐊᓂᑦ ᓴᙱᒥᕕᐅᑕᐱᐊᖅᑐᓂᖅᓱᓐᓂᖅᓯᓂᓄᓇᓕᒪᓂᖅ;
- ᐱᓇᓱᐊᖅᐱᙱᑦᑕ ᑭᓱᒪᑦᑎᓂᖅᑕ ᐃᓕᕕᐅᖅᑲᑕᕕᐅᓂᖅᑐᑦ ᐃᓅᓂᓕᓇᓂᖅᔪᒪᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᕕᐅᓂᓄᓇᓕᒪᓂᖅ ᑐᖓᓂᓕᒫᖅᑲᓂᖅᓱᓐᓂᖅ ᐱᓕᕆᓂᐊᓐᓂᖅ, ᓄᓇᓕᖅᑎᓂᖅ ᐊᖅᑭᒧᓐ, ᑕᒪᑲᓇ ᐱᐅᓂᖅᓴᖅᑐᓂᖅᑐᑦᓯᐊᖅᑐᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᐅᓂᖅᓴᖅᑐᓂᖅᑐᑦᓯᐊᖅᑐᑦ ᐊᑐᖅᑕᐅᓂᖅᓴᖅᓄᓇᓕᒪᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᕕᐅᓂᖅᓴᖅᓄᓇᓕᒪᓂᖅ ᐃᓄᐃᑦᓯᒥᓴᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᕕᐅᓂᖅᓴᖅᓄᓇᓕᒪᓂᖅ ᐊᑐᖅ

ᐱᓇᓴᑦᑎᓕᓂᔨᑦ

2011-2012-ᒥ, ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᓪ ᖃᓄᐃᓕᓴᒪᕐᓂᖅᐳᑎᓂᖏᑦ ᐱᓇᓴᑦᑎᑦᑕᐅᓴᓴᓴᓕᕆᔨᑦ ᑕᒪᑦᓴᒻᒪ ᐊᓐᓂᑦᑕᑦᑎᓴᑦᑐᑦᓴᓕᒫᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᒥᓄᓪ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ ᐊᓐᓂᕐᓇᓕᕐᓂᓪ ᖃᐅᔨᓴᓕᕐᓂᖅ.

ᐃᑦᔨ 31, 2012-ᒥ, ᐊᑦᑎᓕᓇᓂᕐᒥᓪ ᖃᓄᐃᓐᓇᑭᓴᓂᓕᓇᓂᕐᒥᓪ ᑲᒪᔨᑦᔪᒥᓪ ᓴᓕ ᐃᐟᓄᓕᑕᐅᔨᓴᒻᒥᔪᑎᓐᓄᑦ. ᐃᓄᐃᑦ ᖃᓄᐃᓐᓇᑭᓴᓂᓕᓇᓂᕐᒥᓪ ᐱᑦᔨᐃᓐᓴᒻᒪ ᑲᓇᑕᒥ ᑐᔪᓐᓴᓕᕐᓂᔨᒪᑦ ᐅᑦᑎᓂᓴᓕᕐᓂᖅ ᖃᐅᔨᓴᓕᕐᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᓐᓄᑦ ᐃᓕᓴᕆᓂᖅ ᐃᓄᐃᑦ ᖃᐅᔨᓴᓕᕐ

- 12-ᓂᒃ ᑕᖅᑭᓂᒃ ᓴᓄᐊᓗ 1ᒥᑦ ᑎᓱᒻᐱᓗ 31, 2011ᒍᑦ, 204-ᓂᒃ ᓄᓕᐊᖅᓂᑯᑦ ᖃᐅᔨᓕᕐᒪᑐᑦ gonorrhea ᖃᐅᔨᓴᐅᔪᖅᑲᓕᐅᕗᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥ, ᑕᒪᓕᒪᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᐅᔪᖅᑲᓇᐊᖅᓕᓱᓂ ᐊᖅᑭᓂᐅᓕᐅᕗᖅᑐᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᖅᑭᒍᓕᒫᒥ ᑲᑎᒪᓂᖅᓯᒪᓕᖅᑐᑦ ᐅᓄᖅᓂᔪᓕᐅᕗᖅᑐᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᔪᖅᑲᓇᐊᖅᓕᓱᓂ ᓄᓇᕗᒻᒥ. ᑕᒪᓐᓇᐅᓂᖅᓴᓕᓂ ᑕᒪᓂ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᔪᖅᑲᒪᓂᖅᑐᑦ ᐳᖅᑐᓂᔪᓕᐅᕗᖅᑐᑦ ᑯᐯᓕᒫᒥ. ᑌᒪᑕᕐᓇᖅ ᐊᖅᑭᒍᒋᐊᓕᖅᓂᓂ ᓯᕗᓕᓂᖅᓂᓂ, ᑕᓯᐅᔨᖅᓕᐊᖅᑐᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᔪᖅᑲᓕᐅᕗᖅᑐᑦ (55%) ᐳᖅᑐᓂᖅᓴᐅᑎᓐᓇᓕᐅᕗᖅᑐᑦ ᐅᖅᓴᕐᒥᐅᓂᒃ (45%). ᖃᐅᔨᓴᐅᔪᖅᐃᓐᓂᒃ ᖃᑎᖅᑳᓕᖅᓴᕐᓂᑕ ᐅᖅᓴᑦᓂᓄᑦᑐᖅᓂᒃ (63%) ᖃᐅᔨᓴᐅᔪᖅᑲᓕᐅᕗᖅᑐᑦ ᐃᓄᑐᓇᖅᑎᑐᓂᒃ 30 ᐊᑦᓂ ᐅᑭᐅᓕᓐᓂᒃ.

- ᑕᒥᓂ ᓄᓇᒥ ᓄᓕᐊᑭᑎᒃᑯᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᔪᖅᑲᓇᐊᖅᓕᓱᓂ Chlamydia trachomatis ᐅᓄᖅᓕᓕᐅᒥᓴᓕᓕᐅᕗᖅᑐᑦ 2011-ᒥ 2010 ᑕᑯᓐᓇᓕᔪᒍ (247-ᖅᔪᓕᐅᕗᖅᑐᑦ 2011-ᒥ, 229-ᐃᓂᑦ 2010-ᒥ). ᑌᒪᑕᕐᓇᖅ gonorrhea-ᑎᑐᑦ, ᑕᒥᓂ ᓄᓇᐃᖅᒥᐅᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᔪᖅᑲᓇᐊᖅᑐᑦ ᐳᖅᑐᓂᔪᓕᐅᕗᖅᑐᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᓐᓇᕐᓂᖅᓯᒪᓕᕐᓂᖅ ᑯᐯᓕᒫᒥᐅᓂᒃ, ᑕᒪᒃᑯᐊ ᐅᐃᒃᑲᐅᓂᖅᓴᕐᓂᖅ ᐅᓄᖅᓂᔪᓕᐅᕗᖅᑐᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᔪᖅᑲᓇᐊᖅᑐᑦ.

- ᑭᖑᓪᓕᒃᑲᓂᓕᓂ, ᑐᑭᓯᒪᐅᑎᓂᔪᓂ ᑯᐯᒃᑯᑦ ᑲᒪᓐᓯᒍᑎᓂᕐᓂᓂ ᑕᒪᓂᓯᒍᓐᓇ HIV-ᒍᑦ ᐊᓂᓂᑦᓴᐃᒍᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᔪᖅᑲᓇᐊᖅᓕᓱᓂ ᓴᓄᐊᓗ 2002-ᒥᑦ ᔪᓐ 2009-ᒍᑦ (ᓯᑕᒪᐅᔪᖅᑭᑎᒍᑐᓂᒃ ᐊᖅᑭᒍᓕᓂᒃ), 10-ᓂᒃ HIV-ᑕᓂᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᐅᔪᖅᑲᓇᐊᖅᓕᓱᓂ ᐃᓄᓂᒃ ᑯᐯᓕᒫᒥ. ᑕᓂᒥᒪᐅᑲᐅᓕᖅᓂᒃ ᐊᖅᑭᒍᓕᓂ, ᐱᖅᓯᓂᒃ ᓄᑦᑎᒃ ᐊᓂᓂᑦᓴᐃᒍᑦ hepatitis B ᐊᒻᒪᓗ ᐱᖅᓯᓂᒃ ᓄᑦᑎᒃ hepatitis C ᐊᓂᓂᑦᓴᐃᑕᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᐅᔪᖅᑲᓇᐊᖅᓕᓱᓂ.

ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅ ᖃᓄᐃᖅᑎᓯᐊᖅᓂᓕᓇᓂᖅᓴᒍᑦ

ᐊᓂᓯᑌᒥᒪᓂᖅᓴᒍᑦ ᐱᒋᖅᑭᓕᓂᒃ ᐊᑎᒪᑦᑎᓯᓂᓕᓂᒃ ᐱᓇᓱᑎᓂᒃ ᓄᖅᑭᑎᑦᓯᒪᓕᖅᑐᑦ

- 2011-ᒥ, ᐊᓂᓂᑦᓴᓕᓇᓂᖅᓴᒍᑦ ᖃᓄᐃᓕᒥᐊᖅᓯᓯᐅᖅᑕᑦ ᑲᒪᒋᔭᖅᑲᓕᐅᕗᖅᑐᑦ 130-ᓂᒃ ᐱᒪᓱᐊᕐᓂᓂᒃ ᑕᒪᒃᑯᓇᖅᑲᒪᑦ ᐱᐊᖅᑭᑦᓴᓕᓂᓕᓇ ᐊᑎᒪᑦᑎᓯᓂᓕᓇ ᐱᓇᓱᑎᓂᓂᒃ, ᑭᒃᑯᐊ ᐅᓄᖅᓂᒥᐊᕐᓂᓂᓕᓂᒃᑲᓕᐅᕗᖅᑐᑦ 24% ᐳᓴᓐᓂᓂᒃ ᐊᖅᑭᒍᓕᐅᕗᖅᑐᑦᓂᑦ. ᑕᒪᒃᑯᐊ ᐱᑦᓱᐅᔪᒪᓕᖅᑲᓕᐅᕗᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᑎᓂᒃ ᐱᓱᒪᖅᑲᓕᐅᕗᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᐅᓂᓇᐱᓐᓂᑦ (ᐯᓇᑦᓱᓕᓂᒃ, ᐃᓕᓐᓂᐊᖅᑎᑦᓱᓕᓂᒃ), ᐊᓐᓂᐊᖅᓂᓇᐱᓐᓂᑦ (ᐊᓐᓂᐊᖅᓱᐅᖅᓯᑎᓂᑦ) ᐊᒻᒪᓗ ᑭᓇᐅᔨᓕᖅᓴᑎᐅᒪᓱᖅᓯᓂᒃᑲᓕᐅᕗᖅᑐᑦ (ᓂᐅᐱᖅᓂᐊᑎᑦᓱᓕᓂᒃ).

ᐊᓐᓂᐊᖅᓂᓇᐱᐅᑎᓄᑦ ᐃᑲᔪᖅᓱᒪᐅᑎᑦ ᐃᓕᓴᕐᒪᑐᑦᓯᒪᓕᖅᑐᑦ ᐅᔨᖏᓐᓂᐊᖅᑎᓄᑦ

- ᐊᓐᓂᐊᖅᓂᓇᐱᐅᑎᓄᑦ ᐃᑲᔪᖅᓱᒪᐅᑎᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᖅᑲᓇᐃᓕᓴᕐᓂᖅᓯᒪᓕᖅᑐᑦ ᒪᑯᓄᖅᓯᒪ ᐅᔨᖏᓐᓂᐊᖅᓄᑦ ᑲᔪᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑲᓕᐅᕗᖅᑐᑦ 2011-ᒥ. ᖃᐅᔨᒪᔨᐅᑭᖏᓐᓇᔨᒪᓕ ᑕᒪᓐᓇ ᐅᔨᖏᓐᓂᐊᖅᓂᓇᐱᐅᓂᖅᓴᒍᑦ ᐱᓪᓕᖏᓐᓂᐊᖅᓂᓇᐱᐅᑎᓂᒃᓴᓕᓕᐅᕗᖅᑐᑦᓂᑦᑎᓐᓇᓕᓕᐅᕗᖅᑐᑦ ᐊᖅᑭᒍᓕᐅᕗᖅᑐᑦ ᑭᖑᓪᓕᒃᑲᓂᓕᓂ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅ ᐊᓐᓂᐊᖅᓂᓇᐱᐅᑎᓂᒃ ᐊᓐᓂᐊᖅᓱᐅᖅᓯᑎᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓐᓂᐊᖅᓂᓇᐱᐅᑎᓂᒃ ᐊᓐᓂᐊᖅᓱᐅᖅᓯᑎᓂᑦ

ᐅᓴᖏᓐᓂᐊᕐᓗᑦ ᓄᓇᕗᑦ ᑕᒪᓐ 1000 ᐅᕝᕙᓚᓴᖏᓐᓄᑦ ᐱᓇᓱᑎᕐᓂᖅᓴᖅᓯ ᑕᕐᓭᒪᓐᓄᑦ ᐊᑦᑐᕆᕝᕕᖏᓐᓄᑦ ᐅᓴᖏᓐᓂᐊᑎᓄᑦ ᐱᓇᓱᑎᑦᓂᓐᓄᑦ. ᐅᑯᐊᑎᒃ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᖅᑲᑦᑕᓇᐅᖏᓐᓂ ᑕᒪᒃᓄ ᐊᖏᔪᓇᐅᖏᓐᓇᑦ:

- ᐃᓕᓴᕆᔨᐅᔪᖅᓴᓱᓄ ᐱᓇᓱᓐᓇᒥ ᐊᑦᑕᓇᐃᓐᓇᐊᓕᓐᓂᓄᑦ;
- ᑐᑭᓱᒪᐅᑎᑦᓴᖅᓂᑎᑦᑕᐅᑦᓱᑎᓄᑦ ᐅᓴᖏᓐᓂᐊᕐᓇᐅᑦ ᐱᓇᓱᑎᖅᑭᑦ ᖃᓄᐃᖅᓱᐊᕐᓂᑎᒍᑦ ᓱᓕᔪᓂᖅᑭᓐᓇᐃᓐᓂᓄᑦ, ᓱᖏᓐᓄᑎᒃ ᑭᑭᓐᓂᒃ ᑎᑎᕋᕐᓂᓐᓇᑦ, ᓱᖏᓐᓄᑦᓯᓐᓇᑦ, ᐊᓕᓚᓐᓇᑦ ᐊᓐᓂᑕᒪᓕᒫᓇᑎᑦᓴᓂᓄᑦ ᓄᐃᑕᐅᓂᐊᕐᓗᑦᓂᓐᓄᑦ ᐅᓴᖏᓐᓂᐊᕐᓗᓂᓕᓴᐅᓂᓐᓄᑦ ᓴᓪᓕᐊᓐᓂᑦᓯᓐᓇᑦ ᐱᓇᓱᑎᖅᑭᑦᑕ ᖃᓄᐃᖅᓱᐊᕐᓗᑦᓂᖅᑭᓐᓂᖅ;
- ᐊᐟᓂᐊᕐᓇᑎᒍᑦ ᑲᒪᓇᓱᑦᑕᐅᑦᓱᑎᓄᑦ ᐱᓇᓱᑎᓂᖅ ᐊᑦᑐᕆᓴᖏᑦᑕᑐᓄᑦ ᑭᑭᖅᓴᓴᓐᓄᑦ ᐊᑦᑕᓇᐃᓐᓇᐊᓕᓐᓂᓄᑦ ᐳᓪᓕᐊᓐᓂᑦᓯᓐᓇᑦ, ᓱᓕᔪᓇᕆᓴᓐᓂᓕᒫᓂᖅ ᐊᓕᓚᓐᓇᑦ ᓂᖅᑭᓇᐅᑦᓱᑎᓄᑦ ᐃᓕᓴᕆᔨᐅᔪᖅᓴᓱᓄ ᐅᓴᖏᓐᓂᐊᕐᓇᐅᑦ;
- ᐅᖃᖅᓴᐅᔪᖅᓴᖅᑕᕐᓱᓄ ᑐᓴᖁᑎᒍᑦ ᐳᓵᓇᐊᖃᐅᔾᔨᑐᑦ ᑲᑎᕐᓱᒪᓐᓄᑦ ᐅᓴᖏᓐᓂᐊᕐᓇᐅᑦᓱᑎᓄᑦ ᐱᓕᕐᓱᓕᓐᓂᖅᓱᓄ ᐊᑦᑕᓇᐃᓐᓇᐊᓕᓐᓂᓄᑦ ᐱᓇᓱᑎᖅᑭᑦᑕ ᖃᓄᐃᖅᓱᐊᕐᓗᑦᓂᖅᑭᓐᓂᖅ ᐊᑦᑕᓇᐃᓐᓇᐊᓕᓐᓂᓄᑦ ᐱᓇᓱᑎᖅᑭᑦᑕ ᖃᓄᐃᖅᓱᐊᕐᓗᑦᓂᖅᑭᓐᓂᖅ;
- ᐅᖃᐅᔾᔨᐅᔪᖅᓴᖅᑕᕐᓱᓄ ᑐᓴᖁᑎᒍᑦ ᐳᓵᓇᐊᖃᐅᔾᔨᑐᑦ ᐅᓴᖏᓐᓂᐊᕐᓇᐅᑦᓱᑎᓄᑦ ᐱᓇᓱᑎᖅᑭᑦᑕ ᖃᓄᐃᖅᓱᐊᕐᓗᑦᓂᖅᑭᓐᓂᖅ ᐊᑦᑕᓇᐃᓐᓇᐊᓕᓐᓂᓄᑦ ᐱᓇᓱᑎᖅᑭᑦᑕ ᖃᓄᐃᖅᓱᐊᕐᓗᑦᓂᖅᑭᓐᓂᖅ;
- ᐅᖃᓕᓴ

- ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᖅ ᖃᓄᐃᖅᑭᓱᐊᕐᓂᓕᕆᓂᒃ ᑲᒪᑎᒃᖃᖅᖃᑦᑕᒪᐅᖅᑎᓪᓗᒃ ᐊᑎᓱᒪᓕᖅᓂᖅ ᑕᒪᐃᓄᖅᖃᖅᓯᒪᔭᖅ ᐃᒃᓱᐅᑎᓯᖅᑕᐅᓯᖅᑎᓪᓗᒃ ᐊᖏᓪᓗᒍ ᐊᓱᒪᓕᐅᑎᓪᓗᒍ. ᑕᒪᐃᓄᖅ ᐃᓱᒪᓗᑎᒃᓄᐃᖅᓯᐊᖅᑐᑦᑕᒪᐅᖅᑎᓪᓗᒍ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓗᒍ ᐊᖏᓪᓗᒍ ᐊᖏᓪᓂᒃᓴᓕᕆᓂᒃᓴᓕᓱᐊᖅᓯᒪᓕᖅᓂᖅ.

ᐊᓐᓂᐊᕆᑦᑐᑕᒪᑎᑦᓱᓂᑦᒧᑦ ᖃᓄᐃᖅᑭᓱᐊᖅᓯᕆᓚᖅᓂᑦᒥᓗ ᖁᑦᓗᑐᐃᓂᖅᓯᒧᑦ

ᐊᓐᓂᐊᕆᑦᑐᑕᒪᑎᑦᓱᓂᒃ ᑐᑭᖃᑦᑐᒃ ᐱᓂᐊᖅᑎᓂᒥᒃ ᖃᓄᐃᖅᑭᓱᐊᖅᓂᓂᑦ ᐱᓗᓐᓂᑕᒃ ᐱᒋᐊᓕᐅᖅᑎᓐᓇᒍ. ᖃᓄᐃᖅᑭᓱᐊᕆᐊᖅᑲᖅᓂᒥᒃ ᖁᑦᓗᑐᐃᓂᖅᓯᒪᓕᖅᓂᖅ ᐃᓕᓴᕐᕕᐅᓪᓚᒍᓕᑦᓚᑦ ᖃᓄᐃᖅᑭᓱᐊᖅᓯᕆᓚᖅᓂᖅᓯᒧᑦ ᓴᓇᓱᐊᖅᑕᖅᑭᓐᓂᒃᓯ. ᓇᓗᓐᓄᖅᑕᐅᓚᓂᖅᑲᖅᓱᓂ ᑕᒪᐃᓄᖅᓴᖅᑲ ᐃᓄᖅᓂᐅᑕᐅᓚᖅᓂᖅᓯ ᐊᐅᓚᓱᓂᖅᓴᐃᔪᓇᖅᑲᖅᓂᖅᓯᒪᔭᖅ ᓇᒻᒥᓂᖅ ᖃᓄᐃᖅᑭᓱᐊᖅᓯᕆᓚᖅᓂᖅᓯᒪᓂᖅᓯᒧᑦ ᐱᐅᓱᓚᐅᑎᑎᓗᔪᓕ, ᖃᓄᐃᖅᑭᓱᐊᖅᓯᕆᓚᖅᓂᖅᓯᒪᓂᖅᓯᒪᔭᖅ ᐊᐅᓱᓚᐅᑎᓯᒪᓕᖅᓂᖅ ᖁᑦᓗᑐᐃᓂᖅᓯᒪᓕᖅᓂᖅ ᐃᓕᓴᕐᕕᐅᓪᓚᒍᓕᑦᓚᑦ ᐃᓐᓇᐃᓐᓇᖅᑐᖅ ᐊᐅᓚᓱᓂᖅᓴᐃᔪᓇᖅᑲᖅᓂᖅᓯᒪᓕᖅᓂᖅ ᐊᓐᓂᐊᕆᑦᑐᑕᒪᑎᑦᓱᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᕕᐅᓪᓚᒍᓕᑦᓚᑦ ᑕᓪᓕᒪᓂᖅ ᑮᓇᐅᑕᐅᓚᖅᓂᖅᓯᒪᓕᖅᓂᖅᓯᒧᑦ ᖃᓄᐃᖅᑭᓱᐊᖅᓯᕆᓚᖅᓂᖅᓯᒪᓂᖅᓯᒧᑦ ᐊᓐᓂᐊᕆᑦᑐᑕᒪᑎᑦᓱᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᕕᐅᓪᓚᒍᓕᑦᓚᑦ ᐃᓐᓇᐃᓐᓇᖅᑐᖅ ᐊᐅᓚᓱᓂᖅᓴᐃᔪᓇᖅᑲᖅᓂᖅᓯᒪᓕᖅᓂᖅ

ᖃᓄᐃᖅᑎᓴᕆᓂᓕᕆᔨᐅᑦ ᐱᓇᓴᐊᖅᐱᖅᑎᑦ, ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓕᓴᕆᓂᖅᓯᒪᑦ ᑲᑎᒪᓴᖅᑭᑦᑕ ᐳᖅᑐᓂᖃᖅᓂᒃ, ᐅᖃᓗᐸᐅᓪᓗᐊᓪ ᐊᓂᓕᐊᖅᐱᖅᓂᒃ ᐊᑦᒪᓪ ᐊᓂᓕᐊᕐᓇᓕᒻᒥᒃ ᓄᓇᕗᑦ, ᐊᐅᓪᓚᓴᓕᕆᓂᖅᓱᖃᓪ ᑲᑎᐱᒃ ᐃᓪᓂᓕᐊᓕᕆᓂᖅᓱᖃᑦᑕ ᐊᑦᒪᓪ ᐃᓪᓂᓕᐊᕐᓂᖅ. ᑕᒪᑦᓴᒧᖅᓱᖃᑦ ᑲᓇᑐᓂᖅ, ᐊᐅᓚᓕᕆᑦᑕᐊᓪᓚᓕᒪᑦ ᑲᔪᓴᑎᑕᐅᓪᓚᕐᔪᑦ ᒪᓕᒃ: ᐊᐅᓪᑕᐅᑎᐊᓪᒃᑐᑦ ᐸᖃᑕᐅᑦᓴᑎᒃ, ᐃᓕᔾᑎᓴᓂᖃᖅᓴᓴᑎᒃ, ᐊᐃᑎᑎᐊᓪᓚᓂᓂᒃ ᐊᖏᖅᓴᓴᐃᑦᓴᑎᒃ, ᐃᓕᔾᐅᒪᑎᐊᖏᖅᓯᓂᓄᑦ ᓇᑲᑎᓴᒪᔪᐃᑦ ᐱᐃᑦᑕᐅᓴᑎᓪᓗᑦ, ᐊᓴᐅᔪᖏᖅᓱᖃᓪ ᑲᑎᑎᒃ ᐃᒪᑦᓴᔾᖏᖅᓂᓂᒃ, ᐃᓪᓂᓕᐊᑎᑕᐅᔪᖏᖅᓱᖃᓂ ᑲᑎᓕᒻᒥᑦ ᑎᒥᖏᖅᑕᑦ ᓴᖏᕐᕕᐅᓂᖅᓂᒃ, ᐊᓴᐅᔪᖏᖅᓱᖃᓪ ᑲᑎᑎᒃ ᑎᒥᖏᖅᑕᑦ ᓴᖏᕐᕕᐅᓂᖅᓂᒃ.

ᑕᒪᓐᓇ ᑲᑎᓂᓗᒃ, ᑭᓴᑕᐅᒪᓂᖏᖅᓱᓂ ᐃᓄᖅᑯᑕᐅᔪᐃᑦ ᐅᑭᐅᖏᖅᑎᑎᑦᓂᖏᖅᑎᑕᑎᒍᑦ, ᐱᔪᓐᓇᓴᓂᖅᓱᓂᑦᑕ ᐅᖃᖅᖏᖅᑐᑦᑕᑎᑦ 99.4% ᐅᕝᓐᑎᓂᒃ 7-ᓂᒃ ᐅᖃᓂᓐᓄᑦ ᐊᒪᓕᓪ ᐅᖃᓂᕝᕕᒃ 1ᒥᒃ 2ᒥᓪ ᐊᒪᓕᓪ 3ᒥᒃ. ᑕᒪᒃᑯᓄᖅᓯᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᓄᑦ ᐱᓇᓴᑎᓄᓐᓪ ᓄᓇᐱᐅᑦ ᓴᓕᒋᓂ ᐃᓄᓕᓴᓴᒪᔪᓄᑦ, ᑕᒪᓴᓴᒪᓕᖅᑐᖅ (ᓴᓕᑎᑦᓴᒍᑎᖅᑐᒃᓴᓴᑎᒃ) ᐅᖃᓂᖅᓯᓕᕆᔨᐅᑦ 14.5% ᐅᕝᓐᑎᑐᐃᓐᓇᓂᒃ. ᑐᑭᓴᒪᐅᑎᑕᕝᕕᑦ ᐅᖃᓂᓕᕆᓄᑦ 4-ᓄᓕᓂᖅᒪᔪᑦ ᓴᓇᐹᑦᓂᐊᓕᕝᕕᑦ ᑭᓴᓄᓂ ᐊᑐᐃᓐᓇᓴᓕᐹᒋᓴᑐᑦ ᑕᒪᒃᓄᐊ ᐊᑦᑎᓂᓂᒃ ᐃᓕᓴᕆᓂᖅᓱᖃᑦ ᑎᑭᖅᑕᑦᓗᒍ ᑲᐅᓂᖅᓯᓂᖅᓱᒪᓕᒪᓕᑦ. ᑕᒪᓐᓇ ᑲᑎᓂᓗᒃ ᓇᐃᖅᑐᐊᓴᓕᓴᐃᓕᓐᓂᖅᓱᖃᓕᒫᖅᓱᓕᒫᓂᒃ ᓇᒪᓕᖅᑐᐊᑎᑦᓴᖅᑭᑦᑕ ᑕᒪᒃᓄᐊ 74% ᐊᒪᓕᓪ 87% ᐅᕝᓐᑎᑐᐃᓐᓇᓂᒃ ᐊᓄᓐᓂᖅᓴᓂ ᓇᐃᖅᑐᐊᓴᓕᓴᐃᓕᓐᓂᖅᓱᖃᓕᒫᖅᓱᓂᒃ ᐊᒪᓕᓪ 96% ᐅᕝᓐᑎᐅᑎᒃᓗᒋᑦ ᐊᑦᓂᐊᐃᓕᓐᓂᕐᓂᖅᓱᓂᑦ ᑕᒪᑦᓴᒧᖅᓱᖃᑦ ᓇᐃᖅᑐᐊᓴᓕᓴᐃᒃᓴᓂᒍᑦ.

ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᓄᑦ ᓴᓇᔨᓴᒥᒃ

ᐊᒥᓴᐃᓚᓕᑦᓴᑎᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᓄᑦᓴᖃᑦᑕᓕᕆᔨᑦ ᓄᓇᕗᑦ ᐊᑦᓂᐊᓴᕆᓂᖅᓱᓂᑦᓂᖏᖅᓂᒃ ᐃᔾᓚᓕᓇᓗᐊᓪᓗᒍ ᐱᔪᓐᓇᖅᑎᓂᖅᓱᓂᑦᓂᖏᖅᓂᒃ ᒪᓕᓂᖅᓱᒃ: ᓇᐃᖅᑐᐊᔨᓄᐃᓂᒥᒃ ᑲᑎᖃᖅᑐᑦᓴᒪᒍᑦ ᐅᓪᓗᑕ ᒪᓕᓕᒫᑦ, ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᓄᑦ ᐊᑦᓂᐊᓴᕆᓂᖅᓱᓂᑦ, ᐅᓪᓗᑕ ᒪᓕᓕᒫᑦ ᓴᓇᔨᓴᒥᒃ ᐊᐅᓚᓴᓕᕆᓂᖅᓱᓂᑦᓂᖏᖅᓂᒃ ᐊᑦᓂᐊᓴᕆᓂᖅᓱᓂᑦ ᐊᑦᑎᓂᓂᒃ ᐃᓕᓴᕆᓂᖅᓱᖃᑦ ᑎᑭᖅᑕᑦᓗᒍ ᐅᖃᖅᖏᖅᑐᑦᑕᑎᑦ

ᐊᒥᓱᐱᑦᓱᑎᑦ ᑲᑎᓇᓂᕐᒥᑦ ᐱᐱᑦᓴᖅᑎᓱᖅᑲᑦᑕᓪᓕᐅᕗᑦᑐᑦ ᐃᓕᓴᐅᓂᓂᓂᓂᐅ ᐊᖏᖅᓯᐊᓂᖅ ᐊᖏᕐᕋᔭᐅᕗᑦᑐᒥ: ᐊᓂᓂᐊᑦᓯᓇᐅᑎᓂᑦ Lᐃᓂᖅᒪ hepatitis A ᐊᒻᒪᓗ hepatitis B ᐊᒻᒪᓗ HPV ᐳᖏᑐᓂᓂᓄᑦ 4ᓂᑦ, dTap-ᒥᑦᓗ, HPV-ᒥᑦᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᖃᐅᔨᓴᓱᑎᑦ ᑲᑎᖏᑐᒪᓂᖅᒥᑦᑕ ᖃᐅᓇᐃᓕᓴᓂᖅᒥᑦᓂᖅᓯᓄᑦ 7-ᓂᑦ ᐳᖏᑐᓂᓂᑦ, booster dTap, HPV ᐊᒻᒪᓗ ᖃᐅᔨᓴᓱᑎᑦ ᑲᑎᖏᑐᒪᓂᖅᒥᑦᑕ ᖃᐅᓇᐃᓕᓴᓂᖅᒥᑦ ᐳᖏᑐᓂᓂᑦ 1-ᒥ 2ᒥᓗ 3ᒥᓗ. ᐃᓕᖅᒥᑦ ᑯᐯᑦ ᐊᓱᖅᒥᓂᔪᑦ ᑭᖅᔪᓕᕆᐊᖏᓱᑎᑦᑕᕆᐊᖏᓕᓂᑦᑎᓗᒥᑦ ᑲᑎᓇᒥᐊᖏᑦᓂᓕᒥᓂᖅᑐᑦ ᐊᐅᕐᖏᑐᑦᔪᑦ, ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑦ ᑕᒪᓱᒥᒻᒥᑦ ᑲᑎᖏᑐᒪᓂᖅᒥᑦᑕ ᐳᖏᑐᓂᓂᑦ 1-ᒥ 2ᒥᓗ 3ᒥᓗ. ᐃᓕᖅᒥᑦ ᑯᐯᑦ ᐊᓱᖅᒥᓂᔪᑦ ᑭᖅᔪᓕᕆᐊᖏᓱᑎᑦ ᑲᑎᖏᑐᒪᓂᖅᒥᑦᑕ ᐳᖏᑐᓂᓂᑦ 1-ᒥ 2ᒥᓗ 3ᒥᓗ.

ᑲᑎᑎᑦ ᐃᒪᑦᓴᖅᒥᓂᖅ ᑲᒪᒥᔭᖅᑎᓂᒪᑦ

ᔪᓗ 2011-ᒥᓂᑦ, ᑲᑎᑎᑦ ᐃᒪᑦᓴᖅᒥᓂᖅ ᑲᒪᒥᔭᐅᔪᖅᑎᓯᒪᓕᕆᓂᖅ ᖃᐅᓇᐃᓕᒥᐊᖏᔪᓯᑦᑎᓇᑦ ᐊᓂᓂᐊᓕᓕᓐᓂᑦ ᐱᔭᐅᑭᖅᑯᑦ. ᓯᓕ ᒐᓂᓇ ᖃᐅᓇᐃᓕᒥᐊᖏᔪᓯᑦᓴᑦ ᑯᐯᑦᒥ ᑲᒪᔨᒪᓇᐅᖅᑕᐅᒪᒪᑦ ᑲᑎᑎᑦ ᐃᒪᑦᓴᖅᒥᓂᖅ ᑲᒪᒥᔭᖅᑎᓯᒪᓕᕆᑦ. 2011-2012-ᒥ, 11-ᓂᑦ ᓯᖏᒥᔨᐊᖏᖅᑲᓪᓕᔪᒍᑦ ᐃᒪᑦᓴᖅᒥᑦ ᓯᓄᑯᓕᖅᑭᓯᓂᖅ, ᒐᓄᑯᓇᖅᓱᒪᑦ 6-ᒥᔭᖅᒥᑦ ᑎᑭᑎᑕᐅᑲᓯᐊᖏᑦᓂᓇᓯᑎᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ 5 ᓴᓂᖅᐸᑕᐅᒪᒥᐊᖏᐊᓯᓯᑎᓄᑦ. ᓯᓕ ᓇᒻᒪᖅᑕᓯᐊᖏᖅᓂᓇᑐᒍᑦ ᒐᓄᑯᐊ ᒪᖅᑭᐃᓕᔪᓄᑦ ᐊᓂᓂᐊᓕᐊᕐᓄᑦ ᑕᒪᓯᔪᖅᓱᒪᑦ ᐱᓇᓯᐊᖏᓱᑕᐅᓯᐊᖏᓱᑕᒪᑎᑎᓄᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂᓕᐊᖏᖅᑲᓯᓂᓐᓗ ᓴᓂᕐᐯᓯᒪᐃᓕᑎᓂᖅ.

ᐱᓇᓯᐊᓇᐃᓕᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᓄᖅᓴᑎᓂᑦ ᐃᓕᐅᓕᐅᔨᔪᒍᑦ ᓴᔨᑦᑎᓯᓂᐅᔨᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᓯᖅᔪᑦ ᓇᓗᓐᓀᓯᔪᒍᑦᑎᓕᑦ, ᓂᑦᓂᓇᖅᑐᒍᔪᖅᓴᐅᑐᐃᔪᓂ, ᑲᑎᑎᑦ ᐃᒪᑦᓴᖅᒥᓂᖅ ᑭᑎᑎᑦ (WHO), ᐊᑐᑎᓴᐅᖅᓯᔨᐅᓯᒪᑦᓯᓂᓗ ᐊᐅᑦᑎᓂᖅ ᐊᓂᓂᐊᓕᐊᕐᓄᑦᓯᓂᖅᑐᑦᑕ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᓂᖅ (*Conseil interprofessionnel du Québec* (*CIQ*)) ᐊᒻᒪᓗ ᐊᖏᒻᒪᓇᓂᑕᐅᓯᒪᑦᓯᓂᖅᑎᑦ ᑲᑐᔨᓯᓄᑦ ᐊᐅᕐᖏᑐᑦᔪᑦ ᑲᑎᑎᑦ ᐃᒪᑦᓴᖅᒥᓂᖅ ᐊᓂᓂᐊᓕᐊᕐᓄᑦ ᐊᐅᕐᖏᑐᑦᔪᑦ (Québec immunization protocol (*PIQ*)) ᒪᓂᓯᓂᑦ ᐊᑐᑎᓴᐅᖅᓯᔨᒪᓕᕆᔨᑦᑕ.

2011-2012-ᒥ, ᐊᑐᖅᑕᓂᐊᓂᒃᒪᓕᔪᒍᑦ ᑐᑭᓯᒪᓕᐅᑎᓂᓇᐅᑎᑎᒥᑦ ᓴᐳᑦᔨᓯᒪᔪᑎᐅᓂᐊᖏᓴᑎᑐᔪ ᖃᐅᔨᓴᓇᓇᖅᑐᓄᑦ ᐊᓂᓂᐊᓕᐊᓂᓇᓂᑕᐅᒥᑦ. ᑕᒪᓐᓇ ᖃᓄᑕᐅᔨᑎᑐᔪᑦ ᖃᒪᔪᑎᐅᔪᓯᒍᓕᖅᑐᖅ ᑯᐯᑦᓂᒃᓴᓕᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᖃᒪᑕᓂᐊᓕᓂᖅᓴᐅᔪᑎᐅᔪᓐᓇᖅᓂᒃᓴᓂᓯᓂ ᑲᑎᑎᑦ ᐃᒪᑦᓴᖅᒥᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓯᔨᓴᐅᔪᑎᐅᔪᓄᑦ ᐊᐅᕐᖏᑐᑦᔪᑦ ᐊᓂᓂᐊᓕᐊᕐ

2012-2017 ᓄᓇᓕᓕᒋᑦ ᐊᖏᕐᓂᕐᒥᓱᒃᑐᓂᖅ ᐱᓂᕆᔨᓂᒃᑯᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅ ᐊᑐᕆᔨᓂᖅ ᓴᐃᔨᓇᑎᑦᓯᐅᓕᒪᓂᒃᑲᑦ ᐊᑐᕆᓕᖅᑐᐅᓕᕐᓇᓂᒃᑲᑦ. ᒐᕙᒪᖅ ᓯᕗᑕᖏᒻᒪᕆᒃ ᐊᑐᕆᐃᖅ ᐱᓇᓱᖅᑎᑎᕆᔭᑦ ᐱᓇᓱᖅᑕᐅᕆᔭᑦ ᐊᖏᕐᓂᖅᑐᑎᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒋᓂᖅ ᓄᓇᓕᒋᓂᕆᔨᓐᓄᑦ.

ᐃᓕᓴᕐᓂᕆᑎᓂᓱᓂᒃᑯᑦ

ᓄᓇᓕᓕᒋᓂᖅ ᓴᖅᓄᐃᓕᓚᑎᖅᓴᕆᐅᔨᕐᓴᖅ ᑲᑎᒪᔨᓕᖅᑎᓯᒪᓕᐅᔨᕐᓴᖅ ᓴᓇᐱᖅᓇᓴᖅᑐᓄᑦ ᐊᑐᕆᓕᖅᑐᐅᓕᕐᓇᓂᒃᑲᑦ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᐅᓕᐅᔨᕐᓇᓂᒃᑲᑦ ᐅᑯᓄᖅᑲ ᓄᓇᓕᓕᒋᓂᓕ ᐊᒪᓕᓗ ᐊᑐᕆᐃᐱᒻᒥ ᓴᓇᐱᖅᓇᓴᖅᓂᒃᑯᑦ ᐊᐅᓚᓯᓂᒃᑲᑦ ᑲᑎᒪᓴᖅᑲᑎᑎᕆᓂᖅᓴᖅᑲᑦ (Community and Hospital Infection Control Association (CHICA)) ᐅᑦᔨᐱᓇ 2011-ᒥ. ᒐᕙᒪᖅ ᐃᓄᓕᓂᒃ ᓴᖅᓄᐃᓕᓴᕐᕕᖏᓐᓄᑦᓯᓚᓂᓱᑦ ᐱᓇᓱᖅᐸᖅᓱᒪᑦ ᑕᒪᓯᓯᖅᓱᒪ ᑭᓇᐅᔭᖅᓴᖅᑎᓯᓚᐅᔨᓴᖅᑦ ᓄᓇᓕᓕᒋᓂᒃ ᓴᖅᓄᐃᓕᓴᕐᓂᖅᓴᖅᑐᓄᑦ ᐊᑐᕆᓚᐅᔨᕐᓴᖅᑎᓂᒃ ᒐᕙᒪᓕᓂ ᒪᑎᔭᑦ ᐊᑐᕆᐃᑦᓄᓂᒃ ᐅᒪᑦᑎᓯᓯᓂᒃ ᓴᓇᐱᖅᓇᓴᖅᑐᓄᑦ ᐊᑐᕆᓕᖅᑐᐅᓕᕐᓇᓂᒃᑲᑦ ᐃᓄᓕᓂᒃ ᓴᖅᓄᐃᓕᓴᕐᕕᖏᓐᓄᑦᓯᓚᓂᓱᑦᓗ ᐊᑦᓂᓗ ᐊᑐᕆᐃᐱᒻᒥ ᐃᓄᓕᓂᒃ ᐊᑐᕆᓕᖅᑐᐅᓕᕐᓇᓂᒃᑲᑦ ᒐᕙᒪᓕᓂ ᒪᑎᔭᑦ ᐊᑐᕆᐃᐱᒻᒥ ᐃᓄᓕᓂᒃ ᐅᓴᓂᑎᓯᓯᓂᒃᑲᑦ ᐃᓄᓕᓂᒃ ᐊᑐᕆᓕᖅᑐᐅᓕᕐᓇᓂᒃᑲᑦ 2011-ᒥ ᐊᖏᔪᒍᒃᑲᑦ ᐃᓄᓕᓂᒃ ᓴᖅᓄᐃᓕᓴᕐᕕᖏᓐᓄᑦᓯᓚᓂᓱᑦᓗᑦᑕ ᐅᑦᓗᓴᑎᓂᓴᕐᓂᖅ [*Journées annuelles de santé publique*].

Vᓚᑦᓯᐊᓐᓂ ᓴᓇᐱᖅᓇᓴᖅᑐᓄᑦ ᐊᑐᕆᓕᖅᑐᐅᓕᑎᑦᓯᓚᓂᓱᑦ

ᓄᓇᓕᓕᒋᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᓂᖅᑕᑦ ᓯᓇᓯᐊᓂᓂᖅᑎᑦ ᓴᓇᐱᖅᓇᓴᖅᑐᓄᑦ ᐊᑐᕆᓕᖅᑐᐅᓕᑎᑦᓯᓚᓂᓱᑦ Vᓚᑦᓯᐊᓐᓂ ᐱᓕᕆᓕᐊᑎᑕᐅᓯᐊᓂᑦᑕᓕᕐᓂᑐᑦ. Pᓯᐊᓂ, ᑲᒪᒍᓇᓯᓕᐅᔨᑐᒍᑦ ᒐᕙᒪᖅ ᐱᑦᔨᔨᐸᑦ Pᖅᖅᔪᒪᓕᕆᔨᑦᓯᓕᐊᔨᖅᑎᒃᓴᖅ. ᓄᓇᓕᓕᒋᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦᑕ ᓯᓇᓯᐊᓂᖅᑎᑦ ᐱᒋᐊᖅᑎᑕᐅᓯᐊᓂᑦᑕᓕᕐᓂᑐᑦᓴᑦᑐᐅᔨᑦ 2012-2013-ᒥ.

ᓯᔭᑭᓯᔨᕐᓴᑎᓕᑎᑦᓯᓕᓯᐊᓂᖅᓂᓄᑦ

"ᓄᖅᓴᓇᑦ ᐲᓕᖅᑲᖅᓗᑎᑦ" ᐱᔨᐅᑎᑕᐅᒪᓯᐊᓂᖅᓂᖅᑲᓄᑦ

ᑕᒪᒃᓴᓂ ᐊᖏᕐᔪᒥᒥ ᓴᓯᑦᐅᖅᑭᖅᑐᔪᒍᑎᓕᑕᖅᑲᓂᒃᓴᓂ ᐊᖏᕐᔪᒍᑕᒻᒥ ᐱᓯᑎᐅᓕᐅᑎᑎᑦᓯᓕᐅᖅᑐᑦ ᐅᐱᖅᑲᓂᒃ ᐊᑐᕆᓗ ᐃᓄᓕᒪᓇᓐᓂᒃ ᓯᔭᑭᓯᔨᕐᓴᑎᓕᑎᑦᓯᓕᐅᖅᑐᑦ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓯᐊᑭᓯᓂ ᐱᖅᓱᓯᔨᔪᖅᑐᓂᖅᓱᒪᒪᑦᑕ ᑲᑎᒪᓯᑎᒃ 201-ᖅᔪᓕᐅᑦᑐᑦ ᐃᓕᐅᔨᔪᑦ (79 ᐅᐱᒃᖃᑦ ᐊᒪᓗ 122 ᐃᓄᒪᓇᓐᓂᑦ). ᒐᕙᒪᖅ ᐊᑯᓂᖅᑎᖅᓯᓂ, 22-ᖅᔪᔪᑦ ᐃᓄᐃᓐᓇᑎᑐᑦ ᓯᔭᑭᓯᑎᑎᒃ ᓄᓇᖅᑲᖅᓱᓇᓯᓕᐅᑦᑐᑦ ᒐᕙᓪᓕᐊᓂᖅᑐᑦ ᐱᖅᓱᓯᔨᔪᑦᑐᓂᒃ ᐊᓕᔨᓯᓚᐅᖅ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᔨᑎᐅᓕᐅᑎᑎᑦᓯᓂᐅᔨᕐᑐᑦᑐᖅ ᐱᔨᑦᓴᐅᔭᖅᑎᐅᓕᓴᕐᓂᖅᓱᒪᓐᓇᖅᑐᖅ ᑕᒥᓂ ᓄᓇᖅᑲᑦᑐᓄᑦ.

ᐃᓄᓕᓴᕐᓂᓂ ᓯᔭᑭᓯᑎᖅᑲᖅᓱᒪᑐᑐᒥ

ᒐᕙᒪᖅ ᐃᑲᔨᔪᓯᓕᐅᑎᑦ (ᓄᒋᒥᒃ ᑌᓴᐅᔪᓯᖅᑲᓕᔪᓂᓂᓗ ᑕᑦᓴᖅᑲᓕᔪᓂᓂᓗ) ᓄᒋᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᑎᑦᓯᔪᑎᑦᓴᓂᒃ ᓯᓇᓱᓕᓐᓂᒃ ᓄᐃᑦᓯᔪᑎᐅᓕᓴᕐᑐᖅ. ᑫᑦᓗᑐᐃᔪᑎᐅᓕᖅᑎᑦᓯᓕᐅᖅᑐᑦ ᓯᔭᑭᓯᑎᖅᑲᖅᓱᒪᑐᑐᒥ ᐊᑦᑕᑎᖅᑎᓯᓯᑦᑐᒃ ᓄᓕᕆᑦᓂᒃ ᐊᒪᑦᑎᓂᒃ ᒐᕙᒪᖅ ᐃᓕᓐᓂᑎᑦᓯᔪᑎᑦᓴᓂᒃ ᑭᓇᐅᔭᖅᓴᖅᑎᐅᓕᓴᕐᓂᖅᓱᒪᓐᓇᖅᑐᖅ ᑭᓇᐅᔭᖅᓴᖅᑎᐅᓕᓴᕐᓂᖅᓱᒪᒪᑦᑕ ᑲᑎᒪᓯᑎᒃ ᓄᓇᓕᓕᒋᓂᒃ ᓴᖅᓄᐃᓕᓴᕐᕕᖏᓐᓄᑦᓯᓚᓂᓱᑦᓗᑦᑕ ᐱᓇᓱᖅᐸᖅᓱᒪᑦ Growing Healthy Together BABIES/ᐱᓕᕆᑎᓂᓯᓂᒃ ᓴᖅᓄᐃᓕᓴᕐᕕᖏᓐᓄᑦᓯᓚᓂᓱᑦᓗᑦᑕ ᐱᒋᐊᕐᕕᖓᓂᒃ. ᑕᒪᓐᓇ

ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᑎᑦᓯᔪᑎᖃᖅᔪᐊᖅᓯᒪᑦ ᑕᒪᓐᓇ ᑐᓴᖅᓴᐅᑎᑕᐅᓂᐊᕐᑎᓂᓗᔪ ᐱᐊᖅᑦᓴᑦᑐᕐᕕᖅᓯᓐᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑐᓕᖅᑎᑕᐅᕈᐊᖅᑦᓭᓚᓕᓴᓂᓗ ᐱᐊᖅᑦᓴᖅᑲᖅᑐᑐᖅᑲᐅᓕᕐᓂ.

ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅᔪᑦ ᖃᒪᓕᕐᖃᖅᓴᖅᑎᑦᓭᓂᖅᔪᓗ ᓄᓇᓵᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᓕᕐᓂᖅᓴᕐᓂ ᓱᓕᑭᕐᓴᖅᑕᓕᖅᓴᕐᓂᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᖅᑲᒡᓕᐊᓂᖅᔪᑦ

ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᑎᑦᓯᓕᒃᔪᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑐᖅᓯᑎᑦᑕᐅᓕᕐᔪᓕᖅᑐᑦ ᔪᓕᐊᑦ ᐃᓄᑦᔪᐊᑦ ᑕᒪᓐᓇ ᐅᐱᖅᓱᒋᔭᐅᔪᑦᑐᒃᓯᒪᓂᖅ. ᐅᖅᑳᖅᓴᐅᔪᖅᑐᖅᓯᑎᑦᑕᓕᖅᓴᖅᑐᑦ ᕿᓚᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅᔪᑦᑐᒃᓯᒪᓂᖅ ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᓕᕐᓂᖅᓴᕐᓂ, ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅᔪᑦᑐᒃᓯᒪᓂᖅ, ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅᔪᑦᑐᒃᓯᒪᓂᖅ, ᖃᒪᓕᕐᖃᖅᓴᖅᑎᑦᓭᓂᖅᔪᑦᑐᒃᓯᒪᓂᖅ ᓱᓕᑭᕐᓴᖅᑕᓕᖅᓴᕐᓂᔪᑦ ᐊᑐᓕᖅᑎᑕᐅᕈᐊᖅᑦᓭᓚᓕᓴᓂᓗ ᐊᑐᓕᖅᑎᑕᐅᕈᐊᖅᑦᓭᓚᓕᓴᓂᓗ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅᔪᑦᑐᒃᓯᒪᓂᖅ ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᓕᕐᓂᖅᓴᕐᓂ. ᑕᒪᓐᓇ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᖅᔪᑦᑐᒃᓯᒪᓂᖅ ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᓕᕐᓂᖅᓴᕐᓂ

ᓴᓐᔾᓚᓂᒥᐅᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᔭᓄᐊᓗ 2012 ᐅᖃᓕᑦᐅᑦ ᓴᓐᔾᓚᓂᒥᐅᓂᖅ. ᑲᑎᓐᓴᑎᖅ 736ᓂᖅ ᐊᖏᓄᖅ ᑕᒪᓐᓴᔪᖓ ᐃᓕᐅᔨᖏᓚᐅᔨᖏᖅ.

ᖃᐅᔨᒪᓚᓴᐃᓐᓄᓂᒧᑦ ᐃᔨᖏᑦ ᐱᑕᓐᓴᖃᓗᐊᖏᓂᒧᑦ ᐊᓐᓂᐊᖏᖃᕐᓂᖅᓯᒪᖓᑦ

ᖃᐅᔨᒪᔭᐅᔨᑦ ᐱᑕᓐᓴᖃᓗᓴᔪᒋᐊᖏᓐᓂᑦ ᖃᐅᔨᓴᖏᑦᑕᐅᔪᒪᖏᖃᑕᐅᔨᖏᑦᑐᑦ ᐃᔨᖏᑦ ᐊᓐᓂᑕᓂᓴᖃᑐᖏᑦᑐᒃᑯᓗᒃᑐᑦ, ᐊᓐᓂᑕᐊᓂᐅᑦᑕᐅᔪᓐᓇᖏᖃᖏᓪᓗᑕ ᑕᑯᓴᓂᒥᑦ ᐃᓕᓴᕆᓂᖅᑎᓪᓗᑕᑐᑦ ᐳᖏᔪᓐᓇᖏᓂᒃᑯᓗᒃᑐᑦ. 2011-2012ᒥ, 185ᓂᖅ ᐱᑕᓐᓴᖃᓗᐊᓂᓴᖅ ᐃᓄᓐᓂᖅ ᖃᓄᖏᓐᓄᐅᔨᖏᖃᐅᔨᓐᓇᖅ. ᐱᑕᓐᓴᖃᓗᐊᖏᑎᓂᓕᑕᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᐊᓐᓂᐊᓂᐅᑦᑎᐅᔨᖏᖅ ᐃᓄᓕᕐᓂᓐᓄᑦ ᐊᓐᓂᐊᓂᐅᑦᑎᐅᔨᖏᖅ ᑕᓂᐅᓴᖏᑦᑐᑦ ᐃᓄᓐᓂᖅᑎᓪᓗᑕᑐᑦ ᐊᓐᓂᐊᓂᐅᑦᑎᐅᔨᖏᖅ ᐃᓄᓐᓂᖅᑎᓪᓗᑕᑐᑦ ᐊᓐᓂᐊᓂᐅᑦᑎᐅᔨᖏᖅ ᑕᓂᐅᓴᖏᑦᑐᑦ

ᑕᒪᐃᓄᐃᖅ ᖃᐅᔨᓴᓇᖅᑐᑦ ᐱᓕᓂᑕᖃᓴᖅᑎᓪᓗᒍ ᑕᒪᓂ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑦ (ᐅᑦᑐᑎᑎᓗᒍᑦ ᒪᐃᑎᒍᒪᓇ ᖃᓄᐃᓪᓚᕆᐊᖃᓂᐅᑦ ᐃᓕᓴᐃᒪᓐᓂᖅᓯᒪᓂᖅ, ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᖃᖅᖢᓂᖅ ᐅᑦᑐᑎᑎᓗᒍᑦ ᐅᓂᒡᓗᑎᒃᓯᒪᓂᖅᓯᒪᓂᖅ, ᓂᕆᐅᕙᓪᓕᐊᓂᖅ), ᐱᒋᐊᓕᒫᑎᓕᕆᔨᖃᖅᖢᓂᒍ ᐅᑦᑐᑎᑎᓗᒍᑦ ᖃᐅᔨᓴᓇᖅᑐᑦ ᕿᑎᓕᕆᔨᖃᖅᖢᓂᒍ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓂᔪᓐᓇᖅᑐᑦ (ᐊᓂᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᑲᑎᒪᔨᖃᖅᖢᓂᒍ, ᐊᓂᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᓚᖏᓪᓗᒍ, ᐊᓂᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᓚᖏᓪᓗᒍ), ᐊᓂᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᓚᖏᓪᓗᒍ

ᐱᑕᖃᖅᑕᐃᓐᓂᒥᖅ ᑲᒪᒋᔭᖅᑕᓂᓕᒃ Diabetes Quebec, ᑕᒪᓐᓇᓗ ᑲᔪᓯᓕᐊᑐᒪᓚᐅᓕᐅᔪᓯᓕᒃ. ᑲᑎᑕᓕᒃ 47-ᖅᔪᓂ ᐃᓕᐅᖅᑕᐅᓕᐅᔪᒪᒪᑕ. ᑭᖅᔪᓕᒃᓴᐅᑎᓕᓗᔪ, ᒪᖅᖁᓂᒃ ᐊᓂᓂᐊᓕᐅᑎᑎᓂᒃ, ᑲᖅᓯᐊᓕᐅᔪᓂᐊᓕᓕᒫᓂᓗ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᓕᐅᔪᓂᐊᓕᒫᓂᓗ ᐃᓐᓇᒪᓕᓚᓂᖅᑕᒃ ᐃᑎᒪᓕᐅᔪᒪᒪᑕ.

ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᓂᔪᑦ ᐱᑕᖃᖅᑕᐃᓐᓂᐅᑦ ᒥᑦᕼᓂᑦ

ᑎᓯᒪᐱᓚ 2011-ᒥ, 14-ᓂᒃ ᓄᓇᓕᑦ ᐊᓂᓂᐊᐱᖅᑭᓂᒃ ᐱᑎᑕᐅᔪᓯᑲᓕᐅᔪᕐᓂᒃ ᓯᓚᒥᑦᑐᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᓕᑎᔨᓕᖅᑐᓂᒃ ᐱᑕᖃᖅᑕᐃᓐᓂᒥᖅ ᖃᐅᔨᖅᑎᐅᑎᐅᔪᒋᓚᐃᓕᓂᒃ. ᒡᒃᓄᐊ ᐊᑐᖅᑕᐅᔪᓯᖅᑭᓂᓕᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᓕᑎᔨᓕᐅᔪᕐᓂᒃ Diabete Quebec-ᓄᓕᒃ ᑕᓯᐅᔨᖅᔪᐊᓂᑦ ᓯᑦᔨᖅᓴᓂᒥᐅᓂᒃ ᑲᔪᓯᓕᐊᑐᒪᓚᐅᓕᐅᔪᓯᓕᒃ ᑕᒪᓐᓇ 2012-2013ᒥ ᑕᒪᑦᓯᒍᖅᓴ ᑐᑭᓯᐅᑎᓕᒃ ᒡᒃᓄᐊᓄᓕᒃ ᑕᑦᓚᒥᒃ ᐅᖅᓴᕐᓂᖅᑭᑦ ᓄᓇᓕᖅᑭᓂᒃ.

ᓄᓚᔪᐊᑦ ᓄᓇᓕᖅᓴᒪᑕ ᑲᑦᓴᒪᐱᓕᓄᑦᑕᓯᓓᓕᒫᒥᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᑕᖃᖅᑕᐃᓐᓂᐅᓄᖅᑭᓂᓕᒃ ᑐᓴᕐᓂᐊᓕᑎᔨᓕᐅᔪᕐᓂᒃ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᑦᓗᒪᒪᓂᖅ ᐋᓐᓂᒃ ᐃᐃ ᐃᒪᓕᖅᑲᓕᐅᔪᕐᓂᒃ 200 ᐅᖅᓴᒋᓄᑦᑐᓄᑦ ᑕᑯᖅᓇᑕᐅᑦᓯᓄ ᓄᓇᓕᑦ ᓂᓚᒻᒪᑎᑕᐅᓂᖅᓴᖅᑎᓗᒍᑦ ᑕᒪᖅᑯᓂᖅᓴᒪᑕᐃᓐᓇᖅᑐᖅ. ᑕᒪᓐᓇ ᑲᔪᓯᓕᐊᑐᒪᓚᐅᓕᐅᔪᓯᓕᒃᓗᓐ. ᑕᒪᓐᓇ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᐅᑎᖅᓴᒪᑕ ᐱᓇᓯᐊᖅᑲᖅᑎᑦᓯᓂᒃ ᑲᒪᒋᔭᖅᑕᐅᓄᖅᑭᓂᒃ ᐊᑐᓯᐊᖅᑲᖅᑎᑦᓯᓂᒃ ᐊᑐᖅᑕᐅᓄᖅᑭᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᓕᑎᔨᓕᐅᔪᕐᓂᒃ ᑕᒪᓐᓇ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᐅᑎᖅᓴᒪᑕ. ᑕᒪᓐᓇ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᐅᑎᖅᓴᒪᑕ ᐱᓇᓯᐊᖅᑲᖅᑎᑦᓯᓂᒃ ᐊᓇᓯᐊᖅᑲᖅᑎᑦᓯᓂᒃ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᐅᑎᖅᓴᒪᑕᐃᓐᓇᖅᑐᖅ ᑲᒪᒋᔭᖅᑕᐅᓄᖅᑭᓂᒃ ᐊᑐᖅᑕᐅᓄᖅᑭᓂᒃ ᑕᒪᓐᓇ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᐅᑎᖅᓴᒪᑕ ᐱᓇᓯᐊᖅᑲᖅᑎᑦᓯᓂᒃ ᐊᓇᓯᐊᖅᑲᖅᑎᑦᓯᓂᒃ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᐅᑎᖅᓴᒪᑕ ᐱ

ᒎᑲᓂᐊ ᐃᓕᐅᑎᑎᑕᐅᖅᑭᓇᓄᖅᑐᑦ ᑐᕆᖅᑎᑦᓱᑎᑕᐅᓕᕆᔨᑦ ᐊᑦᑕ 2011-ᒥ ᑲᔪᓱᑎᑎᑕᐅᓚᖅᓯᒪᓂᖅᑐᑦ 18-ᑐᐃᓐᓇᓄᑲ ᑕᕐᕈᓄᑲ ᐊᒻᒪᓗ ᑕᒪᑲᓂᐊᓐᖓᖅ ᐊᐱᕆᔭᐅᓄᐊᓕᕐᓂᑐᑦ ᓄᑕᒎᒍᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᕗᑦ ᑕᕐᕕᐅᓄᑲ ᓄᓇᕗᑦᓯᓚᐅᑎᓄᑦ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᔨᖏᑦ ᐊᒋᐊᕐᓂᑐᑦ ᐊᑐᓕᕐᓂᑎᑎᓄᑦᓯᒪᓂᑦ ᐅᑦᑐᐱᓕᓐ 1, 2012-ᒥ. ᖃᓄᐃᓕᕆᔨᓄᓕᒫᖅᑕᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᐊᖅᓯᒪᓕᕆᔨᑦ ᐊᔪᐃᓐᓇᖅᑐᓐᓇᖅᑕᑕᒪᐃᓐᑦ ᓱᓕ ᒎᑲᓂᐊ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᔨᖏᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᐊᖅᓯᒪᓂᖅᑐᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑉ ᐱᐃᖃᑎᒌᖅᓯᒪᓂᖅ ᖃᖓᑦᓯᐅᑎᓂᖅᓱᓕᕆᓂᖅ ᖃᓄᐃᓕᕆᔨᓄᑦᓯᒪᓂᖅᑐᑦ ᑭᓇᐅᔭᓕᕆᓂᖅᓱᓕᕆᓂᖅ.

2011-ᒥ, ᖃᓄᐃᓕᕆᔨᓄᑦᓯᓚᐅᐃᑦᑐᑦ ᑲᒪᔨᒪᓚᖅᓱᓂᖅ ᓄᓇᕗᑦᓯᐊᓄᑦᒧᑦ, ᒪᓚᓪᓕᔪᓕ ᑯᑦᔨᐃᒥᑦ ᑎᓯᔭᐅᔪᓄᑦᓯᑲᓕᐅᔪᓐᓇᖅ ᐃᓕᐅᔪᑦᖃᑕᐅᓄᐊᓕᕐᓂᑎᓄᑦᓗᐃᒍ ᔨᓕᒋᔭᑦ ᖃᓄᐃᓕᕆᔨᓄᑦᓯᐊᓄᑦᓯᓕᕆᔨᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᑐᑦᑎᓐᓂᖅᑐᑦ ᒎᑲᓂᐊ ᑕᕐᕕᐅᓄᖅ ᓄᓇᕗᑦᓯᐊᓄᑦᓯᓕᕆᔨᑦ ᐃᓕᐅᔪᑦᖃᑕᐅᓄᐊᓕᕐᓂᑎᓄᑦᓗᐃᒍ ᐃᓕᐅᔪᑦᖃᑕᐅᓄᐊᓕᕐᓂᑎᓄᑦᓯᓕᕆᓂᖅᓱᓕᕆᓂᖅ; ᐊᒻᒪᓗ ᑲᒪᔨᖏᑦᑐᑦᓯᓕᕆᓂᖅ 2011-2012-ᒥ. ᒎᑲᓂᐊ ᑲᑎᒪᔨᐊᑐᑦ ᑐᑦᓯᓗᓂᖅᓱᓕᕆᓂᖅ ᓄᓇᕗᑦᓯᐊᓄᑦᓯᓕᕆᔨᑦ ᐃᓕᐅᔪᑦᖃᑕᐅᓄᐊᓕᕐᓂᑎᓄᑦᓗᐃᒍ ᓄᓇᕗᑦᓯᐊᓄᑦᓯᓕᕆᔨᑦ ᐃᓕᐅᔪᑦᖃᑕᐅᓄᐊᓕᕐᓂᑎᓄᑦᓯᓕᕆᓂᖅᓱᓕᕆᓂᖅ ᐃᓕᐅᔪᑦᖃᑕᐅᓄᐊᓕᕐᓂᑎᓄᑦᓯᓕᕆᓂᖅᓱᓕᕆᓂᖅ ᑐᑦᓯᓗᓂᖅᓱᓕᕆᓂᖅ ᓄᓇᕗᑦᓯᐊᓄᑦᓯᓕᕆᔨᑦ ᐃᓕᐅᔪᑦᖃᑕᐅᓄᐊᓕᕐᓂᑎᓄᑦᓯᓕᕆᓂᖅᓱᓕᕆᓂᖅ

ᖃᐅᔨᔪᐅᑎᑦᓯᔪᑎᐅᑦᓯᓂᓗ ᑲᑎᒪᓂᐊᕐᓴᕐᖃᑦᑎᓴᓂᖅ ᐃᓕᓂᖅᓯᓂᖅ ᐱᐊᖏᑦᓄᑦ ᐅᑭᐅᓕᖅᓯᒪᓂᖅ ᐊᐱᖏᑦᓄᑦ ᐅᑭᐅᓕᖅᓯᒪᓂᖅ 0–ᒥᑦ 7–ᓄᑦ;

- ᓴᓇᓴᐊᖏᓂᖃᓴᓴᑎᒃ ᐊᑦᓗᑐᐃᓄᖅᖃᑦᑐᖅ ᓂᑭᖅᖃᑦᓴᐊᓂᓇᓂᖏᒥᒃ ᓂᑭᖅᑦᓴᐊᓂᖅᓗ ᓇᑦᑕᐅᓇᓂᖏᑦᓴᐊᓂᖏᒥᒃ ᓂᐅᐃᖏᓂᐊᐃᓐᓂ ᐅᑦᑐᖏᑦᑕᐅᔨᖃᖅᖃᑎᒌᒍ ᒪᑭᕈᐃᓂᒃ ᓄᓇᕗᓐᓂ;
- ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᑕᐅᔨᖃᖅᖃᓴᓂ ᓂᑭᖅᖃᑦᓴᐊᓂᖏᒪᑦ ᐊᑦᕈᑭᖅᑎᑐᓂᒃ ᐱᑦᔨᕐᕕᐅᔨᓇᓕᐅᓂᒃ (ᐃᓕᓐᓂᐊᐊᖅᓇᑐᓄᓐᓂ ᐱᐊᖏᑦᓄᑦ, ᐃᓄᒪᒪᓇᓐᓄᓐᓂ, ᐃᓄᐃᑦᖃᓄᓐᓂ ᓂᑭᕈᒪᔨᐅᔪᑐᓄᓐᓂ);
- ᓂᐅᐃᖏᑦᑕᐅᔨᖃᖅᖃᓴᓂ ᐃᒪᒍᑎᑦ ᐱᐅᓱᐊᖏᓐᓇᓂᓂᒃ 17–ᓄᑦ ᓄᓇᕗᐅᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᐊᖏᓐᓇᓂᖅᓴᐃᓐᓇᓂᒃ, ᐃᓕᓴᖅᖃᓕ ᐃᓕᑎᑦ ᐃᓐᓇᑦᓯᐊᖏᓐᓇᖅᓄᓐᓇ ᐳᐊᖏᓂᐅᒥ, ᓴᓐᖏᑦᑐᐃᐊᖅᒃ ᐃᓐᓇᑦᓯᐊᖏᓐᓇᖅᓄᓐᓇ ᐃᓄᓐᓂᔨᐊᒥ ᐊᑦᒪᓇ ᓄᓇᕈᑦ ᐃᒪᓕᐊᖅᓄᓐᓇ ᐅᒥᐅᔨᖏᑦᒥ;
- ᑫᑦᓇᐅᐃᓄᖏᒥᒃ ᖃᐅᔨᔪᐅᑎᑦᓯᓕᓴᐃᓂᖅᖃᑦᑐᖅ ᓂᑭᖅᖃᑦᓴᐊᓂᖏᒪᑦ ᑕᖏᖅᖃᖅᑎᑦᑕᐅᔨᖃᖅᖃᑎᒌᒍ ᐊᑦᒪᓇ ᓂᑭᖅᑐᐃᐅᓐᓇᕐᓂᓂᖏᒪᑦ ᐅᑦᑐᖏᑦᓄᑦ ᓄᓇᕗᑦ ᐅᑭᐅᓕᖅᓯᒪᓂᖅ ᓴᓇᓴᐊᖏᓂᐊᐃᓐᓂ (ᐃᑦᔨ 2012–ᒥ);
- ᔪᐳᑦᒥᔨᐅᔨᖃᖅᖃᓴᓂ ᒪᑭᕈᐃᓂᖅ ᐊᑦᓂᐊᓕᐅᑎᓂᖅ ᐃᑲᔨᖏᑦᓂᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᐊᑎᑦᓴᑎᓂᓗᒃ ᓂᑭᖅᖃᑦᓴᐊᓂᖏᒪᑦ ᓴᑕᒪᓂᖅ ᓄᓇᕗᓐᓂ ᐅᑭᐅᓕᖅᓯᒪᓂᖅ 2012–ᒥ;
- ᔪᐳᑦᒥᔨᐅᔨᖃᖅᖃᓴᓂ ᑫᑦᓇᐅᐃᓄᖏᒥᒃᓗ ᖃᓄᐃᖅᑐᓴᓴᓂᖅᖃᑦᑐᖅ ᓂᑭᖅᖃᑦᓴᐊᓂᖏᒪᑦ ᒡᒃᑯᓄᓕ ᒪᑭᕈᐃᓂᒃ ᑐᓪᓚᑦᒥᓗᓂ ᐃᓅᓪᓕᓴᐊᒥᓗᓂ (ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓐᓇᑦᓯᐊᓂᖅ) ᐊᑦᒪᓇ ᔪᐳᑦᒥᔨᐅᔨᖃᖅᖃᓴᓂ ᓄᓇᕗᑦ ᐃᒪᒍᑎᑦᓴᑎᓂᒃ ᐅᑦᑐᖏᑦᒥ ᐱᐊᖏᓐᓇᓕᕆᓴᐊᓕᓐᓂᒃᓗᒍ;
- ᔪᐳᑦᒥᔨᐅᔨᖃᖅᖃᓴᓂ ᐊᑦᑐᖅᑭᖅᑐᓂᒃ ᓄᓇᕗᓐᓂ ᐱᐊᖏᓐᓇᑎᑦᑕᐅᖏᓐᓇᕐᓂᖏᑦᓂᖅᖃᑦᑐᖅ ᖃᓄᐃᖅᑐᓴᓴᓂᖅᖃᑦᑐᖅ ᓂᑭᖅᖃᑦᓴᐊᓂᖏᒪᑦ (ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᖅᓴᐃᓂᖅᖃᑎᒌᒍ, ᓄᓇᕗᓐᓂ ᓂᓪᓚᒻᒥᓐᓂᖅᓴᓂᖅ, ᐊᓴᖅᑎᓐᓂᔪᓂ).

ᐊᓴᐅᔨᐊᓪᓂᓴᒍᑦ ᐱᐊᖏᓐᓇᓂᖅᓴᒍᓗ ᓄᑖᓂᒃ 2012 ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓂᑭᖅᖃᑦᓴᐊᓂᓴᒍᑦ ᑐᑭᔪᐊᔨᑎᓐᓄᖅᓂᔪᓂᒃ



ᐱᐊᖏᓐᓇᓂᖅᓴᑎᑐᐊᓕᐅᔨᓴᓂᒃ ᓄᑖᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓂᑭᖅᖃᑦᓴᐊᓂᓴᒍᑦ ᑐᑭᔪᐊᔨᑎᓐᓄᖅᓂᔪᓂᒃ ᐱᓪᓚᕆᐊᑐᐊᓕᐅᔨᓴᓂᖅᓴᒃ ᑕᒪᓐᓇ ᓂᑭᖅᖃᑦᓴᐊᓂᓕᓚᓂᖅᓴᒃ ᐃᑦᑕ 2012 ᐃᓴᓕᓐᑐᐊᖏᒪᑦᓴᑦ. ᒡᒃᑯᓄᓕ ᑐᑭᔪᐊᔨᑎᓐᓄᖅᓂᔪᓂᒃ ᑕᒪᓐᓇᖅᑐᑦᓯᓂᖅᓴᐃᓐᓇᓂᒃ 2005–ᒥ. ᑲᓇᑕᐅᑦ ᐊᑦᓂᐊᓕᐅᓚᐅᔪᓐᓇᖅᓴᐃᓐᓇᓂᒃ ᓄᓇᕗᑦᓂᖅᓴᓂᒃᓗ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐊᔨᑎᑎᓂᖅᓴᐃᓐᓇᓂᒃ ᓂᑭᖅᖃᑦᓴᐊᓂᓕᓚᓂᖅᓴᒃ ᐱᐊᖏᓐᓇᓂᖅᓴᑎᑐᐊᓕᐅᔨᓴᓂᖅᓴᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓂᑭᖅᖃᑦᓴᐊᓂᖅᓴᒃ ᑐᑭᔪᐊᔨᑎᓐᓄᖅᓂᔪᓂᒃ 2007–ᒥ, ᐊᓴᐅᔨᐊᓪᓂᓴᒍᑦᑲᓇᑕᐅᔨᓴᓂᖅᓴᒃ ᓄᓇᕗᓕᓚᓂᖅᓴᒃ ᓴᓇᓴᐊᓂᖅᓴᒃ. ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑦ ᓇᓕᒥᓂᖅᓴᒃ ᐃᓕᒥᔪᓐᓂᖅᓴᒃ ᓂᑭᖅᖃᑦᓴᐊᓂᖅᓴᒃᑕᒪᓐᓇ ᐱᓕᓐᓂᔪ, ᓴᓇᓴᐊᖏᓂᐊᐃᓐᓂ ᐱᓇᓴᐊᖏᓐᓇᓂᖅᓴᒃ ᐃᓴᖅᑎᓐᓂᖅᓴᐃᓐᓇᓂᒃ ᓄᓇᕗᓐᓂᒃᓗ ᐅᓇᓱᐊᓂᖅᓴᒃ ᐃᓄᐃᑦᖃᓄᓐᓂ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐊᑦᓂᐊᓕᐅᓚᐅᔪᓐᓇᖅᓴᐃᓐᓇᓂᒃ.

ᐅᑭᐊᑦᓴᐅᑎᓄᑐᒍ 2010-ᒥ, ᐃᓄᓐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᒪᒋᐊᕐᓇᑐᓂᒃ ᐊᑐᕐᓂᐊᑐᓂᒃ ᑕᒃᑯᓂᖅᓱᒪ ᑐᑭᒧᐊᔨᑎᓂᒃ ᑐᑭᓯᓂᐊᕐᕕᐅᓪᓚᕆᔨᑦ ᐱᖅᓱᓯᓂᒃ ᓄᓇᓕᖅᑐᓂᒃ; ᑕᒪᑦᓯᒍᖅᓱᒪ ᖃᓄᐃᖓᒋᐊᕐᓂᓕᕆᓂᖅᑕᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᖏᓐᓄᒪᑦ ᓄᐃᑦᓯᒍᓇᓯᓚᕆᔨᖅᑐᖅ ᐊᑦᓭᓯᒪᑦᓯᐊᑐᓂᒃ ᑭᒃᑯᐱᑦᑕᐅᓂᒃ ᐃᓯᒪᒋᔭᕐᕕᐅᑦᑐᓂᒃ ᐱᕕᐊᓱᐃᓐᓇᖅᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓴᓪᓗᒥᒃ. ᑕᒪᑦᓯᒍᖅᓱᒪ ᐊᑦᑭᐳᓯᓴᓕᐊᑦᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᓚᕆᔨᖅᓱᓪᓗᒥᑦ 2011-ᒥᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᒋᐊᖅᑎᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᐃᑦᖃ 2012-ᖅᔪᓂᖅᓱᒥᑦ.

ᐊᒋᓯᒪᓪᓂᒃ ᓴᓇᖅᑭᑎᓂᒃ ᕿᓪᓚᑐᐃᔨᑎᔪᑦ ᑐᑭᒧᐊᔨᑎᓂᒃ ᐱᕙᓪᓕᐊᑐᓂᕐᕕᐅᓚᕆᔨᖅᓱᓪᓗᒥᖅ ᑲᑐᐃᓐᖏᔪᓯᓯᒪᓂᖅ ᓄᓇᓕᖅᒥ ᐃᓗᓯᓚᕆᒥ ᑐᓴᕐᓯᓚᐅᑎᓪᓗᒥᑦ. ᐃᑦᖃ 2012-ᒥ, ᐊᑐᓂᒃ ᐊᖏᕐᕋᓱᐊᕆᔨᖅᑕᑦ ᐱᑎᑕᐅᓚᕆᔨᖅᑐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓪᓚᒋᐊᒃᓴᓂᖅ ᑎᑭᑕᐅᑎᓪᓗᒥᑦ. ᓄᓇᓕᖅᒥ ᐃᓗᓯᓚᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᓄᓇᓕᖅᑐᖅᓯᓚᑎᒍᑦ ᓄᐃᑎᑕᐅᓚᕆᔨᖅᓱᓪᓗᒥᒃ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᒃ ᓄᐃᑎᑕᐅᓚᕆᔨᖅᓱᓪᓗᒥᒃ ᓄᓇᓕᓪᓚᒋᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᒃ (ᓄᓇᓖᑦ ᐊᓪᓚᐊᕐᓂᓄᑦ, ᐃᓕᓴᓚᐊᕐᓄᑦ, ᑎᑎᕈᔨᓄᑦ, ᓚᕈᐊᕐᓚᐊᕐᓄᑦ, ᐊᔨᕐᓂᓄᓪᓗ). ᐊᔨᕐᓂᑦ ᐅᓴᕐᓯᒍᑎᓪᓚᓕᒃᖃᒍᓪᓕᐊᑦᑐᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᒍᑎᒃ ᒪᓕᕐᓯᒍᓄᑦ ᓄᓇᓕᖅᒥ ᓴᓱᖃᓕᕐᓴᓕᒍᑦ ᑐᓴᕐᓯᒍᑎᒃ ᓄᓇᓕᖅᒥ ᓴᓱᖃᓕᕐᓴᓕᒍᑦ ᓄᓇᓕᓪᓚᒋ

- ᐱᓇᓴᖅᑎᑕᐅᔨᖅᑎᑎᓗᒍ ᐊᓐᓂᐊᓴᐅᖅᑎᓄᑦᓯᒪᔨᓂᖅ ᓴᑕᒪᓂᖅ ᓄᓇᕐᓂᓯᒥᐅᕗᖅᓂᖅ: ᐅᑭᐅᒥ 2012, ᒪᖅᑭᓂᖅ ᐊᓐᓂᐊᓴᐅᖅᑎᓂᖅ ᐃᑲᔨᖅᑎᖅᑭᓂᖅ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓴᓴᑲᑕᐅᔨᕐᓗᖅ ᓕᕆᓂᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᑭᓂᖅ GENUP ᐊᒪᓪᓗᓂ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᖃᑲᓇᐃᖅᑭᓴᓕᓚᓄᓕᑦ ᐱᓇᓴᖅᓯᐅᖅᑕᖅ ᐱᓇᓴᖅᓴᐃᖅᑭᖅᓯᒪᓂᖅ ᐊᓐᓂᐊᓴᐅᖅᑎᓂᖅᓯᒪᔨᓂᖅᑎᑎᓗᒍ ᐊᑦᓴᓇᕐᓂᐅᔨᐃᑦ ᑭᖑᓪᓚᕆᐊᖅᑭᖅᑎᓯᓂᖅ ᑐᑭᓯᒪᓂᖅ ᑐᓴᕐᓂᖅᑭᖅᑎᓯᓂᖅ ᓴᓇᕐᓂᐅᔨᓴᖅᑭᖅᑎᓯᓂᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᑭᖅᑎᓯᓂᖅ ᐊᒪᓪᓗᓂ ᖃᑲᓇᐃᖅᑭᓴᓕᓚᓄᓕᑦ ᐱᓇᓴᖅᓯᐅᖅᑕᖅ ᐊᓐᓂᐊᓴᐅᖅᑎᓂᖅᓯᒪᔨᓂᖅᑎᑎᓗᒍ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᑭᖅᑎᓯᓂᖅ

ᓄᓇᕗᒻᒥ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᓕᕆᔨᒪᔪᓂ ᑲᑎᕐᓯᐃᔨᑎᑕᐅᓂᖅᓱᐊᕐᓂᖅ ᓱᓇᓱᐊᖏᓐᓂᒋᐊᕐᓱᐊᓂᖅ ᐅᓪᓗᖏᓐᓂᑕᐅᓱᒪᓕᕆᔨᒪᔪᓂᖅ ᑕᒥᓂ ᓄᓇᒥ 2008-ᒥᓂ ᖃᓄᐃᓱᓄᒃᓴ ᓄᓇᓕᓂ ᑲᒪᒋᐊᓂᐅᑎᐊᓕᓂ.

Lory Project ᐱᓇᓱᐊᖏᑕᐅᓂᖅᑐᒃ: ᖃᓄᐃᓗᐊᓂᖅ ᐱᐊᖏᖅᓂᒃ ᖁᑲᐃᓱᕐᓂᖅᓱᐊᕐᓂᑐᒃ ᐃᓕᓴᕐᓱᑎᑦᓴᓂᖅᓱᐊᕐᓂᑐᒃ

2011-2012ᒥ, ᖁᑲᐃᓱᕐᓴᐅᓂᖅᓱᐊᕐᓂᑕᓂᕆᔨᑦ ᐱᓇᐊᓴᐃᖅᑐᑦ ᐃᓕᑎᖅᑕᐅᓕᕆᔨᓴᕐᓗᒃ ᐸᓇᐅᔨᖅᑎᑎᓴᕐᓱᑎᓴᓂᕆᓴᓂᓗ ᓴᓐᓂᓕᕐᒥ ᐱᓇᓱᐊᖏᑕᐅᑎᓐᓂᓗᒍ ᑕᒪᓐᓇ Lory Project. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓱᐊᖏᑕᐅᓕᑐᐊᖏᒪᑦ ᓂᓕᔨᕈᑎᐊᕈᖅᑎᖅᑐᓴᕐᓱᒍᒪᒪᑕ ᐃᓕᓂᓂᐊᑎᓴᕐᓱᑎᓴᓂᖅᓱᐊᕐᓂᑐᒃ ᖁᑲᐃᓱᕐᓴᐅᓂᖅᓱᐊᕐᓂᑐᒃ ᐃᓄᓴᓂᐊᕈᓴᕐᓱᑎᓴᓂᖅᑎᖅᑕᓴᕐᓱᑎᓴᓂᖅᑕᓴᓂᕆᑎᓐᑐᒃ ᑕᒪᓕᖅᓄᖅᓴᖅ ᐱᐊᖏᖅᓄᑦ ᐅᑭᐅᓕᕐᓄᑦ 0-ᒥᑦ 7-ᓄᑦ ᑎᑭᑐᑐᓂᖅ ᑐᖏᖅᓴᖅᓄᓗᒋᑦ. ᑕᒪᓕᖅᓄᖅ Lory Project-ᓄᓇᑦ ᓱᓇᓱᐊᖏᑕᐅᓴᓂᑦ ᖃᓄᐃᓱᕐᓱᐊᓱᑎᓐᑐᒃ ᐅᑦᑐᖏᖅᑕᐅᓱᒪᓕᖅᓂᑦᑐᑦ ᐱᖏᖅᓱᓂᒃ ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᖃᕐᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᖅᑐᓂᒃ ᐊᖏᔪᓂᕐᑐᓂᒃ. ᑕᒪᓐᓇᓱᒪᑦ ᐱᓇᓱᐊᖏᑕᐅᓂᖅᓱᒪᒃ ᐱᕈᖅᑎᑕᐅᓱᒪᓕᖅᓂᑦᑐᒃ ᖃᑎᒌᓂᑎᑦᓴᓂᖅᓱᐊᕐᓂᑕᓂᕆᔨᑦ ᐱᖏᖅᓱᐊᖏᓐᓂᒃ ᓄᓇᕗᓂᖅ, ᖁᑲᐃᓱᕐᓴᐅᓂᖅᓱᐊᕐᓂᑕᓂᕆᔨᑦ ᐱᖏᖅᓱᐊᖏᓐᓂᒃᓱᒪᒃᓴᓂᖅ Lory Foundation-ᓄᓇᑦ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓱᐊᖏᑕᐅᓕᕆᔨᖅᓱᒪᒃᓴᓂᖅᓱᐊᕐᓂᖅ, ᓴᓇᕐᓂᑦᑐᑦᓯᓂᖅᑐᑦ ᐅᑭᐅᓕᕐᓄᑦ ᓴᓇᕐᓂᑦᑐᑦᓯᓂᖅᑐᑦ ᐃᓄᓴᓂᐊᕈᓴᕐᓱᑎᓴᓂᖅᓱᐊᕐᓂᑐᒃ ᐊᑐᓂᖅᓱᒪᓕᖅᓂᑦᑐᑦ ᐱᖏᖅᓱᐊᖏᓐᓂᒃ ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᖃᕐᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᖅᑐᓂᒃ ᐊᖏᔪᓂᕐᑐᓂᒃ ᐃᓄᓴᓂᐊᕈᓴᕐᓱᑎᓴᓂᖅᓱᐊᕐᓂᑐᒃ

ᐃᓪᓗᒥᐅᑦ ᐃᓕᒪᓕᕆᓂ ᑲᔪᓕᕆᔨᒪᓚᐅᖅᑲᒃᑕᓕᐅᖅᑐᑦ, ᐊᒥᕆᔨᓄᓪᓗ ᐅᔾᑕᑎᐅᓕᒪᓕᕆᔨᖅᑲᒃᑕᓕᕆᔨᑎᒃ.

- ᐅᔭᐅᒥᐅᑦ ᓄᓇᓕᖅᓱᓂ ᐃᓚᐃᖅᑲᓂᔪᒃ (ᐃᓚᐃᒃ)

  ᐃᑦᕈ 2012-ᒥ, ᓂᖅᑭᖅᑲᓕᔨᓂᔪᒃ ᐊᓪᓂᐊᕆᐅᖅᑎᑎᐅᑦ ᐃᑲᔪᖅᑎᖅᓱᓂᓂᖅ ᓂᖅᑭᖅᑲᓕᔨᓂᔪᒃ ᐅᑎᓚᓂᐊᕆᔨᖅᑲᒃᑕᓕᐅᔪᖅᓴᖅ ᓄᓇᓕᑦ ᐃᓚᐃᖅᓱᓚ ᐅᒥᐅᔭᖅᒥ ᐃᓕᒪᓕᕆᔨᑎᑎᓂᓪᓗᒍ. ᒡᓪᓇ ᐃᑲᔪᓕᐅᔪᒪᒥᔪᖅ ᐱᒋᐊᖅᑎᑕᐅᓪᓚᕐᓂᐊᑎᓂᓪᓗᒍ ᐃᓚᐃᒃ.

- ᑲᑎᒪᓂᐊᕆᔨᓕᒃ ᖃᓪᓗᓈᓂᔪᒃ ᖃᓄᐃᓐᓇᕆᔨᐊᖅᑐᓂᔪᒃ ᓂᖅᑭᖅᑲᓕᐊᑎᓂᔪᒃ ᓂᐅᐃᖅᓂᐊᐃᓐᓂᓂ

  ᐅᑭᐊᖅᓴᐅᑎᓗᒍ 2011ᒥ, ᖃᓄᐃᓐᓇᕆᔨᐊᖅᓂᓕᓂᔨᓕᒃ ᐱᓇᔨᐊᖅᐃᓐᓚᖅᓴᒥ ᓂᖅᑭᓕᓂᔨᒥ ᐱᓕᕆᓂᒋᓕᐅᔪᓐᓇᖅᓴᖅ ᖃᓄᐃᓐᓇᕆᔨᐊᖅᑎᓗᒍ ᖃᓄᖅᑲᓕᐊᑎᓂᔪᒃ ᖃᓄᐃᓐᓇᕆᔨᐊᖅᑎᑦ ᓂᐅᐃᖅᓂᐊᐃᓐᓂᓂ. ᒪᓕᔨᓂᒃ ᐅᑦᑐᕆᖅᐃᖅᔪᖅᓴᐅᑎᓕᐅᔪᓐᓇᖅᓴᖅ ᓄᓇᓕᑦ ᑐᓴᕐᓂᐊᕆᔨᖅᑲᒃᑕᓕᐅᔪᓐᓇᖅᓴᖅ ᑐᓴᕐᓂᐊᕆᔨᖅᑲᒃᑕᓕᐅᔪᖅᓴᖅ ᐃᓕᒪᓕᕆᔨᑎᑎᓗᒍ ᓄᓇᓕᑦ ᐃᓕᒪᓕᕆᔨᑎᑎᓂᓪᓗᒍ ᐃᓕᒪᓕᕆᔨᑎᑎᓂᓪᓗᒍ ᐃᓚᐃᒃ. ᒪᓕᔨᓂᒃ ᓂᖅᑭᓕᓂᔨᒥ ᐊᓪᓂᐊᕆᐅᖅᑎᑎᓂᓪᓗᒍ ᐃᓕᒪᓕᕆᔨᑎᑎᓂᓪᓗᒍ ᑕᒪᓕᐊᔪᖅᑕᒪ ᐃᓕᒪᓕᕆᔨᑎᑎᓂᓪᓗᒍ ᐅᐱᐅᑦ 2012.

- ᐅᓚᐅᒃ ᐋᐃ ᐃᓕᓂᖅᒥᒃ ᐃᓕᓴᓂᐊᕆᓕᕆᓂᖅᓴᓕᓂᑦ

  ᑐᖅᓴᓕᓚᓕᖅᑕᖅᓴᓕᓂ ᐊᖅᖁᔭᖅᒥ, ᓕᖅᓱᕆᖅᑐᐃᐃᐅᑦ ᐃᓕᓴᐃᓂᖅᓴᖅ ᐃᓄᓕᕐᔪᐊᑎ ᑎᑭᑕᐅᔭᓕᖅᓴᓕᐅᖅᑐᖅᑕᖅ ᑕᓕᐋᓴᕐᔪᓕ ᑕᔪᓕᓴᐅᔭᓕᖅᑐᓕ ᐅᓚᐅᒃ ᐋᐃᒪᔭᑦ; ᑕᓴᓂᓂ ᐊᖅᖁᔭᖅᒥᒃ ᑕᒪᓐᓇ ᐱᒋᐊᕆᐅᖅᑎᑎᓂᓪᓗᒍ ᑕᓕᐋᓴᕐᓗᓂᐊᕆᔨᖅᑲᒃᑕᓕᐅᔪᓐᓇᖅᓴᖅ ᓴᓄᓐᓂ 2012-ᒥ ᐱᓇᔨᐊᕆᔨᓕᒥᒃ ᐃᓕᓂᖅᒪᒥᒃ ᑎᑭᑕᐅᓂᓪᓗᒍ ᓄᓇᓕᑦ, ᑕᒪᓐᓇ ᑭᓇᐅᔭᖅᓴᖅᑎᑕᐅᓕᐅᔪᓐᓇᖅᓴᖅ ᖃᓄᐃᓐᓇᕆᔨᐊᖅᓂᓕᓂᔨᓕᒃ ᐱᓇᔨᐊᖅᐃᓐᓚᖅᓴᒥ. ᒡᓪᓇ ᐅᓚᐅᒃ ᐃᓕᓴᐃᓂᖅᓴᖅᑐᓂᓕᐅᔪᓐᓇᖅᓴᖅ ᐃᓕᓴᐃᓂᖅᓴᖅ ᐃᓕᓴᐃᓂᖅᓴᖅ ᐃᓕᓴᐃᓂ

ᓱᖏᓪᓗᓕᐅᖅᓱᓕᓕᖅᓱᓂ ᒎᐅᓂᖅᓴᖅ ᓴᓗᒻᒥᓂᖅᓴᖅᑕᐃᓐᓂᖅ ᐊᖅᑭᓱᐊᓂᕐᓂᒃᑲᑦ ᑕᒪᑦᓱᒍᖅ ᑲᑎᒪᓂᐊᓱᓱᐅᐊᖅᑎᖏᓐᓄᑦ.

ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑎᖏᓐᓄᑦ ᐃᓕᓴᓂᐊᕐᓇᖅᑐᓂᖅᓱᒍᑦ

ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑎᖏᑦ ᐃᓕᓴᓂᐊᕐᓇᖅᑐᓂᖅ ᓱᓕᖅᓴᐊᓕᒫᒥᓱᐊᖅᓯᒪᓂᖅ ᐊᑐᑎᖅᑲᐅᓚᓱᐊᖅᓯᒪᑦ ᖃᓂᒋᐊᔪᑎᑎᑐᓱᓕᓂᖅ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑎᖏᓐᓄᑦ ᐃᓕᓴᓂᐊᕐᓇᖅᑐᓂᖅᓱᐊᖅ ᐃᓕᓴᓂᐊᕐᓇᖅᑐᓂᖅᓱᐊᖅᓯᒪᓂᖅ. ᑕᒪᓐᓇᐅᓂᖅᓚᓄᑦ, ᐊᒥᓱᓚᒋᓕᒫᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᖏᓐᓄᑦ ᐱᒋᐊᖅᑎᖏᑦᑕᒋᐊᖅᑐᖏᓐᓄᑦ ᐃᓕᓴᓂᐊᕐᓇᖅᑐᓂᖅᓱᒍᑦ ᐅᓪᓗᕆᓂᖅ 2012-2013-ᒥ.

ᓄᓕᐊᖅᓂᓂᑦ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᓂᒍᑦ

ᓱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔪᒪᓕᐅᕆᔨᑦ 2011-2012 ᐃᓕᓴᓂᐊᕐᓇᖅᑐᓂᖅ ᐊᖅᑭᔪᖅᓚᓂ ᐃᓕᓴᖅᓯᓕᐅᕆᔨᓐᓄᑦ ᓄᓕᐊᖅᓂᓂᑦ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑎᖏᓐᓄᓕᕆᓂᖅᓴᖅᒍᑦ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑎᖏᑦ ᐅᑦᕿᓗᓴᓂᐊᕐᓇᖅᑐᓂᖅ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑎᖏᑦ ᐅᑦᕿᓗᓴᓂᐊᕐᓇᖅᑐᓂᖅᓱᐊᖅᓯᒪᓂᖅ. ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑎᖏᓐᓄᑦ ᐅᑦᕿᓗᓴᓂᐊᕐᓇᖅᑐᓂᖅᓱᐊᖅᓯᒪᓂᖅ, ᐊᑐᑎᖅᑲᐅᓚᓱᐊᖅᓯᒪᑦ ᐃᓕᓴᓂᐊᕐᓇᖅᑐᓂᖅᓱᐊᖅᓯᒪᓂᖅ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᐃᓕᓴᓂᐊᕐᓇᖅᑐᓂᖅᓱᐊᖅᓯᒪᓂᖅ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑎᖏᓐᓄᑦ ᐃᓕᓴᓂᐊᕐᓇᖅᑐᓂᖅᓱᐊᖅᓯᒪᓂᖅ ᓄᓕᐊᖅᓂᓂᑦ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑎᖏᓐᓄᑦ ᐃᓕᓴᓂᐊᕐᓇᖅᑐᓂᖅᓱᐊᖅᓯᒪᓂᖅ

ᐊᓂᖅᓱᔪᐊᓇᐅᓕᑐᑐᐊᖅᓴᒃ ᐱᐊᓗᒃ ᓂᐱᓕᔪᓐᓇᓂᕐᔪᐃᔨᒃ. ᑎᒥᒃ ᓂᓇᓂᐊᖅᑎᓂᓂᕐᔭᖅᑕᑐᑐᐊᖏ ᐱᓯᓕᓕᔪᑎᑐᐃᓐᓇᐅᔨᖅᑭᓴᒃ ᑎᒥᐅᓕ ᖃᓄᐃᖅᑭᓂᓂᕐᔭᖅᑕᓂᒃ. ᑌᓴᖅᖃᓕ ᐅᓕᐱᑕᐅᖃᓕᑦᑭᓯᑕᑐᒃ ᑎᒥᒃᑯᓗ ᐱᖅᖅᔪᐊᓂᒃᑯᓗ ᓂᓇᓂᐊᖅᖃᓕᑦᑕᑐᑐᒃ ᐱᐅᔨᒥᒃ ᐊᐅᓕᑦᓴᓂᔪᓴᓕᒃ ᑎᒥᒃ ᐊᖅᑭᐹᓕᓂᓂᕐᔭᓂ, ᖃᓄᐃᖅᑭᓂᓂᕐᔪᐃᓐᓇᓂᕐᔭᓂ, ᐃᓂᓴᒃᑯᓗ ᖃᓄᐃᖅᑭᑐᕐᓂᓂᕐᔪᐃᓐᓇᓂᕐᔭᓂ, ᐃᓕᓴᕆᔨᖃᖅᑭᓇᖅᑎᒥᒃ ᐱᔨᖅᓇᓂᐊᖅᑎᓂᓂᕐᔪᐃᓐᓇᓂᕐᔭᓂ ᐃᓕᓴᖅᑎᓂᓂᕐᔪᐃᓐᓇᓂᕐᔭᓂ ᑲᔪᓂᓂᕐᔭᓂᒃ ᐱᔨᓇᓂᐊᖅᑎᓂᓂᕐᔭᓂᓗ ᐃᓕᓴᖅᑎᓂᓂᕐᔭᓂᓗ ᐃᓄᐃᖅᑭᑐᓂᓂᕐᔭᓂᓗ ᐃᓄᐃᖅᑭᖅᑎᑎᓂᓂᕐᔭᓂᓗ.

ᑲᔪᓂᓂᕐᔪᐃᓐᓇᑎᓂᓗᒍ ᐊᖅᑭᖏᓂᐅᓕᑦᑐᖅ ᐱᓂᐊᖅᓂᓇᓴᑦᖃᓕᑦᑐᓂᓄᓂᒃ, ᑲᑎᕐᓂᔪᓂᓕᑦᑐᖃᓕᑦᑐᓂᓄᓂᒃ ᑎᑎᒥᒃᑯᓗ 2012-ᒥ. ᑲᑎᒪᓄᑦ ᔪᑐᓕᔪᓴᑦᑲᖃᓕᑦᑐᓂᓄᓂᒃ ᖃᓄᐃᖅᑭᔪᐊᓂᓕᑦᑐᓂᓄᓂᒃ ᐊᓕᓂᒃ ᐃᖅᑲᓇᑦᓂᓕᓇᓂᔪᒍ. ᔪᑦᑲᓕᔪᓂᓇᓂᔪᒥᒃ ᐱᓇᔪᐊᖅᑲᑕᐅᔪᒥᒃ Kino-Quebec-ᑯᓄᑦ, ᐊᑎᓕᒃ Carole Carufel, ᐃᑲᔪᒪᐅᔪᖅ ᑕᒪᓐᓇ ᐱᒋᐊᖅᑎᑕᐅᓕᑐᐊᖅᑭᒪᓂ ᐊᓕᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓕᓕᓇᐃᐅᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᓕᓕᓇᓂᓴᒍᑦ ᑐᑭᓯᓂᐊᖅᑎᒪᓇᖅᑲᓂᑦ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᐃᖅᑲᓇᑦᓂᓕᓇᓂᔪᒍ, ᐊᑎᓕᒃ Catherine Boivin, ᐃᓕᐅᖅᑲᑕᐅᔪᖅᑲᖅ ᐱᖅᖅᔪᐊᑎᑕᐅᔪᖅᑲᖅᑎᓄᓗᒍ ᐊᑦᔨᑲᖅᓯᑐᓂᒃ ᐃᓕᐅᑎᑦᔪᔪᑎᓕᐊᓇᔪᖅᑲᒃ ᑎᒥᐅᔪᒍᑦ ᓄᐃᓕᓂᐊᖅᑐᓂᒃ ᐱᖅᖅᔪᐊᓇᖅᑲᒃᑯᑦ ᔪᑦᑲᓕᔪᓂᓇᓂᔪᒥᒃ. ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓗᔪᓕᓇᔨᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑲᑦ ᑐᓂᓯᓂᖅᑭᑦᑎᓇᐅᓕᐅᔪᓐᓇᓂᒃ ᓂᐅᐃᖅᑕᐅᔪᔪᑎᑐᓄᓗᒍ ᔪᓇᓕᓐᓂᒃ ᓴᓪᒥᑦᑐᓂᒃ ᖃᓄᐃᖅᑭᖅᑎᑎᓂᓂᕐᔪᐃᓐᓇᓂᕐᔭᓂ ᐊᓂᖅᓱᔪᐊᓇᐅᓕᐅᔪᓐᓇᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓕᓕᓇᓂᔪᒥᒃ ᐱᖅᖅᔪᐊᓇᖅᑲᒃᑯᑦ ᐊᑦᔨᑲᖅᓯᑐᓂᒃ ᔪᑦᑲᓕᔪᓂᓇᓂᔪᒥᒃ ᐱᖅᖅᔪᐊᓇᖅᑲᒃᑯᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᓕᓕᓇᓂᔪᒥᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓕᓕᓇᓂᓴᒍᑦ

ᒪᖅᑭᐃᓂᒃ ᐃᓕᓴᓂᐊᑎᓂᒃ ᐃᑲᔪᖅᓭᒪᐅᑎᑦᓴᐅᓂᐊᖅᑐᓂᒃ ᐃᓕᓴᓂᐊᐱᐃᓴᓄᑦᑕᒪᐅᔪᖅᓵᖅ. ᑕᒻᒥᓂ ᐊᖅᕿᔪᓕᖅ, ᐃᑲᔪᕆᑦ ᑐᓂᖅᑕᐅᓕᐅᖅᑐᑦ ᐊᓱᒪᐅᑦᖢᖅ ᐃᓕᓴᓂᐊᐱᖅᓯᓂᒃ ᓄᓕᐊᖅᑎᑦ ᐱᒋᐊᕐᓇᑎᑦ ᐱᔭᕆᐊᓕᒃᑐᓂᒃ ᐃᓪᓗᑦ ᐃᓗᐊᓂ ᓱᖅᑲᓱᐊᑎᑦᓴᐅᓂᐊᖅᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔪᖅᑲᖅᓯᓗᒍ ᐅᒥᖅᓯ *"On s'active avec respect"* [Getting active while respecting others] "ᓱᓇᓱᐊᓇᐊᓱᓪᓚ ᓱᓱᒥᔾᖅᑲᖅᓯᓇᓱᓂ ᐊᓱᒥᓂ". ᐃᑲᔪᕆᑦ ᑐᖅᒪᓪᓕᑦ ᑐᓂᔨᐅᓪᓚᔪᑦ ᐊᖅᓴᓂᖅ ᐃᓪᓂᓂᐊᐱᐃᖅᓯᓂᒃ ᑲᑎᕐᓂᖅᓴᖅᑎᑦ *"Initiation à la nourriture saine au primaire et au secondaire"* [Initiation to healthy foods in primary and secondary school] ᖃᓄᐃᖅᑎᐊᖅᑐᓂᒃ ᓂᖅᑭᖃᖅᑎᑎᐊᖅᓂᒍᑦ ᐃᓪᓂᓂᐊᐱᐃᓂᓂ ᐳᔨᓂᖅᓴᒥᓗ ᐳᖅᑐᓂᖅᓴᒥᓗ, ᑕᒪᔨᓄᖅᓴᖅ ᐊᑐᓂ ᖃᓄᐃᖅᑎᐊᖅᑐᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓕᐅᔪᓕᐅᖅᑐᓂᒃ ᐊᐱᐊᖅᓂᒃ ᐃᓪᓂᓂᐊᐱᒪᓂᖅᓴᐅᓂᒍᑦ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᒋᐊᖅᓴᖅᑎᑕᐅᓕᐅᔪᖅᓵᖅ 2012-ᒥ ᐳᓴᓇᖅᐱᐅᔪᖅᓴᖅᑎᑐᒍ ᒪᖅᑭᐃᓂᒃ ᐃᓇᐱᐅᑦ ᐃᓇᓕᖅᑭᓂᒃ.

ᒪᓕᑦᑕᐅᓂᑕ ᓕᓂ ᐋᑐᐸᒍᑦ ᐊᖏ ᓂᓇᐸᒍᑦᑐ (ᖃᑎᐱᐅᑦ ᐳᓴᓂᖅᑦᑕ ᑭᒪᒐᖅᑎᑦᓴᖅᑭᓂᒃ) ᐊᒻᒪᑐ ᐃᓇᓕᓴᐃᓂᒃ ᐱᓇᓱᒍᖅᑎᓂᒃᑐ ᐃᐃᓕᓇᖅᓂᒃ, ᐅᐱᒃᖃᓂᒃ ᓴᐳᑦᖅᓂᒃ ᐊᓂᒃᓂᖅᓂᓇᖅᓂᐊᓂᒃᑐᓂᒃᑐ, ᐳᓴᓇᖅᑐᒪᒍᑦ ᐃᓂᒪᒃᑯᓂᒃ ᐃᓗᐊᓂᒃᑐᓂᒃ ᐊᓯᔾᔨᖅᑕᐅᓂᒃ ᐃᓕᓴᓂᐊᐱᐃᓴᓄᑦᑕᒪᐅᔪᖅᓵᖅ 2012-ᒥ.

ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᑎᑦᓴᐅᓂᒍᑦ ᖃᐅᔨᔭᐅᑎᑦᓴᓂᐊᓂᒃᑕᐅᔪᖅᑐᓂᒃ ᐃᓕᓴᓂᐊᑎᓂᒃᓴᓂᐊᓂᒃᑐᓂᒃ ᐱᐊᖏᓂᒃ ᓴᓐᓂᒃᑕᒻᒥᓂᒃ ᐃᓕᑦᑕᓂᐊᓂᒃᓴᓂᐊᓂᒃᑐᓂᒃ ᓇᒻᒪᑐᓂᒃᑐ ᐃᓕᑦᑕᓂᐊᓂᒃᓴᓂᐊᓂᒃᑐᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓕᐅᔪᓕᐅᖅᑐᓂᒃ ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᓕᐅᔪᓕᐅᖅᑐᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓕᐅᔪᓕᐅᖅᑐᓂᒃ ᐊᓯᔾᔨᖅᑕᐅᓂᒃ ᐃᓕᓴᓂᐊᐱᐃᓴᓄᑦᑕᒪᐅᔪᖅᓵᖅ.

ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᑎᓂᒍᑦ ᖃᐅᔨᔭᐅᑎᑦᓴᓂᐊᓂᒃᑕᐅᔪᖅᑐᓂᒃ ᐃᓕᓴᓂᐊᑎᓂᒃᓴᓂᐊᓂᒃᑐᓂᒃ ᐃᓕᓴᓂᐊᐱᐃᓴᓄᑦᑕᒪᐅᔪᖅᓵᖅ

ᐃᓄᒃ ᐊᔪᑎᖃᐅᔨᓴᖅᑎᑦᓂᒃ ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᓯᐊᓯᑎᑦᓗ ᐊᔪᑎᖃᐅᔨᓯᐊᖅᓱᖅᑐᒃ ᐱᓕᕆᓂᖅᑐᑦ ᐃᓄᓕᕆᓂᖅᑐᒃ ᖃᐅᔨᑐᑦᓗ ᖃᐅᔨᒪᔭᖅᑐᒃ ᐱᓗᐊᖅᓯᐱᓂᖅᑎᑦ.

ᒎᒃᓯᐊ ᑐᓴᐅᑎᒃᓱᖅᑕᒡᓕᐅᔨᑦ ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᓯᐊᓯᑎᒃ ᐃᓄᖅᓂᒃ ᒎᒃᓯᐊ ᓕᓯᐅᖅᓗ ᓴᓪᓕᐅᖅᓗ ᐱᓕᕆᓂᖅᑕᖏᓐᓂᒃ. ᐊᑦᕈᒋᖏᑐᑐᓂᒃ ᑲᑎᒪᑦᓯᖅᑕᒡᓕᐅᔨᑦ ᑕᒪᒃᓯᓂᖅᓱᒃ ᐊᓈᓕᒋᔭᐅᔨᓯᒃ, ᓄᓇᕗᑦ ᐊᓕᓴᕆᓂᖅᑐᒃᓯᓂᖅᓱᒃ ᐅᓇᓱᐊᓂᖅᑐᒃᓯᓂᖅᓱᒃ ᐅᖃᓗᒍ ᐃᓄᖅᓂᒃ ᐅᖃᓗᒍ ᐊᑐ

ᖃᓄᓂᑐᐃᔪᒍᑎᐅᖅᑕᐅᓂᐊᖅᖃᖅ ᓱᓇᒪᓕᓐᓂᓄᑦ ᐁᑦᑐᑎᑎᓴᐅᓂᐊᖅᖃᖅ 14-ᓄᑦ ᓄᓇᐱᐅᑦ ᓄᓇᓕᖅᑎᓐᓄᑦ.

ᖃᓄᓂᑐᐃᓂᖅᓯᑦ ᐱᓂᖅᓂᑐᒪᑎᑦᓱᓂᖅᓯᑦ ᐅᖅᑲᐅᓂᐊᖅᖃᖅᑕᑦ ᒪᔪᓂᖅᒪ ᐃᓕᖅᑲᖅᓂᐊᖅᑕᑦ:

- ᐊᖅᔪᑎᐊᖅᑲᖅᖅᑎᓂᖅᓯᑦ ᐃᓕᓱᒪᑐᐊᖅᓂ ᐃᒥᐊᓂᒥᐅ ᐊᖅᓚᓴᓐᓇᑐᓂᓂᑉᑐᓂᑦ;
- ᓱᐸᓂᐊᖅᓂᒥᐅᖅ;
- ᐃᑭᒪᔭᓐᓇᑐᐃᑦ ᐅᓄᖅᓂᖅᑎᓐᓂᖅ;
- ᐊᖅᔪᑦᑐᑦ ᐅᑭᐅᑎᑎᐊᓕᖅᑎᓐᓂᖅ;
- ᓇᓴᓂᒥᐅᖅ ᐊᑐᓇᐊᖅᑲᖅᓂᒥᐅᖅ.

ᑕᒪᑲᔪᓂᖅᓚ ᖃᓄᓂᑐᐃᔪᒍᑎᓄᑦ ᐊᖅᐱᑕᖅᓂᖅᑲᓐᓂᖅᑐᑦ 2013-ᒥ ᐊᒻᒪᓂ ᐅᐱᖅᖃᑦ ᐃᓕᓴᕐᕕᖅᓂᖅ ᐊᑐᖅᑎᑕᐅᖅᑲᑕᓂᐊᖅᓱᓕᖅᑎᓐᓄᖅ ᖃᓄᓂᑐᐃᓂᖅᓯᑦ ᐅᓂᐊᖅᓂᖅᑲᖅᑎᑕᐅᓂᑎᓐᓄᖅ. ᑌᖅᔪᑦ ᐃᔪᓱᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᖅᓯᓚᐅᖅᓂ ᓴᓇᑦᑐᓂᓂᖅᓯᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᖅᓯᓚᐅᖅᓂ ᐊᑐᖅᑎᑕᐅᓂᑎᓐᓄᖅ ᐊᓕᓱᓕᓴᕐᓂᐊᖅᓯᓚᐅᖅᓂ ᐃᓄᐃᑦᓱᓕᖅᑎᓐᓄᑦ ᑕᒪᑲᔪᓂᖅᓚ ᐅᐱᖅᖃᓄᖅ ᐅᓇᓚᑦᓴᓐᓇᐅᓂᐊᖅᓱᓕᖅᑎᓐᓄᖅ ᖃᒧᑦᓴᓐᓇᐅᓂᐊᖅᓱᓕᖅᑎᓐᓄᖅ ᑕᒧᑦᓴᐅᑎᓐᓄᑦ ᖃᓄᓂᑐᐃᓂᖅᓯᑦ ᐃᖅᑲᓇᑕᐅᓂᐊᖅᓱᓕᖅᑎᓐᓄᖅ ᑕᒪᑲᔪᓂᖅᓚ.

ᓂᖅᑭᓄᑦ ᐊᑦᑕᓇᖅᑐᓕᕆᓚᓇᓂᖅᓯᑦ

ᓴᓇᓚᐅᕆᔨᑕᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᑎᑦᓯᔪᑎᑦᓴᓂᖅ ᓂᖅᑭᖅᑲᑦᓯᐊᓂᖅᓯᑦ ᐊᑐᓴᑎᑕᐅᑎᑦᓯᓚᑦᑕ ᐅᔪᓂᖅᒪ «*En route vers la santé* !» [Getting healthy] ᖁᓄᐃᖅᑭᓯᐊᓂᖅᓯᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᖅᓯᔪᑎᑦᓴᓂᖅ ᐅᐱᓴᖅᓂᖅ ᓂᖅᑭᖅᑲᑦᓯᐊᓂᖅᓯᓕᖅᑎᓐᓄᖅ. ᐊᑐᑎᓴᐅᖅᔪᓴᕐᓗᓴᐊᖅᑎᓯᑦᑕ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᖅᓯᔪᑎᑦᓴᓂᖅ, ᓱᖅᑲᓯᔪᑎᑦᓴᓂᓐᓂᓗ ᐅᑦᑐᖅᑎᑦᓯᓂᖅᑎᓗ, ᓄᐃᑕᐅᖅᔪᓴᕐᑎᓗᓯᔪᑦ ᐃᒪᓴᐅᔪᓐᓇᑐᐃᓂᖅᓯᓕᖅᑎᓐᓄᖅ ᑕᒪᑲᔪᓄᖅ ᐅᐱᖅᖃᓄᑦ ᓂᓚᒪᑦᓴᓐᓇᐅᑎᑎᐅᔪᓐᓇᑐᐃᓂᖅᓯᑦ ᖁᓄᐃᖅᑭᓯᐊᓂᖅᓯᑦ ᑕᒧᓚᒪᑦᓴᓂᖅ. ᑕᒪᑲᔪᓂᖅᓚ ᓱᓇᓱᐊᖅᓂᑦ ᑲᔪᓱᑎᑕᐅᖅᑲᑕᒥᖅᓯᑦ 2012-2013 ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᓇᐅᑦ ᐊᖅᖏᓚᖅ ᐱᑎᐊᓱᑐᐊᖅᓯᑦᑕ ᐊᒻᒪᓗ ᒪᓕᓴᑕᐅᓂᓐᓂᖅᓯᑦ ᑐᑭᓯᐊᓱᐊᖅᓯᑦ ᐃᓄᐃᑦᓱᓕᖅᑎᓐᓄᖅ, ᓇᓕᓴᓱᓐᓂᓗ ᐅᑦᑐᖅᑎᑦᓯᓂᖅᑎᓗ, ᓴᓇᓐᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᓇᑲᑎᓇᐃᓐᓂᖅ.

ᐅᓪᓗᐊᓱᑦᑕᓴᑎᓱᓕᑦ

ᐃᔨᐊᓇᒥᓂᖅ, ᐅᖅᑲᖅᑎᑎᒋᔭᑦᑕᐅᖅᓯᒪᔪᑦ ᐅᓂᐊ Quebec Breakfast Club (ᓂᐯᖅᒥ ᐅᓪᓗᓪᓚᑦᓴᓕᓇᓱᓕᑦᑕᓂᓪᓗᓕᒫᑦ) ᐊᒻᒪᓗ ᖅᑎᐱᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᓂᓕᓇᐃᖅᓯᒪᔪᑦ ᑐᑭᒃᓇᔪᒪᓕᕆᓂᖅᑎᑎᓐᓄᖅ ᐅᓱᐅᑎᑦᓴᓂᖅᓯᑦ ᑭᓇᐅᔭᖅᑐᑎᑦᓴᓂᖅᓯᑦ ᓄᓇᖅᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦ.

ᒐᖅᓂᐊ ᒪᖅᑭᐱᕆᓂᖅ ᖅᑎᒪᓂᖅᑲᓕᐅᖅᒪᑦ, ᒐᖅᓂᐊ ᐅᓪᓗᐊᓱᑦᑕᓴᑎᓱᓕᑦᑕᓂᓪᓗᓕᒫᑦ Quebec Breakfast Club (ᓂᐯᖅᒥ ᐅᓪᓗᐊᓱᑦᑕᓴᑎᓱᓕᑦᑕᓂᓪᓗᓕᒫᑦ) ᐊᒻᒪᓗ ᖅᑎᐱᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᓂᓕᓇᐃᖅᓯᒪᔪᑦ ᑐᑭᒃᓇᔪᒪᓕᕆᓂᖅᑎᑎᓐᓄᖅ ᐅᓱᐅᑎᑦᓴᓂᖅᓯᑦ ᑭᓇᐅᔭᖅᑐᑎᑦᓴᓂᖅᓯᑦ ᓄᓇᖅᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦ. ᓄᑕᐅᓱᓂᑎᑕᐅᖅᑲᑕᓂᐊᖅᓱᓕᖅᑎᓐᓄᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᖅᓯᔪᑎᑦᓴᓂᖅ, Sébastien Desaulniers, ᐊᒻᒪᓗ Marc Beaulé, ᐱᓪᓚᑦᑕᐊᓂᓕᓇᐃᖅᓯᒪᔪᑦ ᑎᑎᕆᔨᒪᑦ ᐅᒪᓐᓇᖅᑐᖅ *Québec en forme*, ᐅᖅᑲᓕᕆᔨᑦᑕ ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᓂᖅᑲᖅᓯᓂᖅᓱᓕᖅᑎᓐᓄᖅ ᒪᑭᐱᐃᒪᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᖅᓯᒪᔪᑦ ᐃᓄᐃᑦᓱᓕᖅᑎᓐᓄᖅ ᓱᓇᒪᓕᓐᓂᓄᑦ ᐅᓱᐅᔪᓐᓇᑐᐃᓂᖅᓯᑦ ᓄᓇᖅᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦ. ᓄᑕᐅᓱᓂᑎᑕᐅᖅᑲᑕᓂᐊᖅᓱᓕᖅᑎᓐᓄᖅ ᖃᓄᓂᑐᐃᓂᖅᓯᑦ ᐃᖅᑲᓇᑕᐅᓂᐊᖅᓱᓕᖅᑎᓐᓄᖅ CPDQ-ᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᖁᓄᐃᖅᑭᓯᐊᓂᖅᓯᑦ ᐅᓱᐅᑎᑦᓴᓂᖅᓯᑦ ᐊᑐᖅᑎᑕᐅᓂᐊᖅᓱᓕᖅᑎᓐᓄᖅ, ᓄᓇᖅᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦ

ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᓴᓕ ᑭᓇᑕᐅᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᓴᓕ ᐱᑎᐊᑦᑎᓴᒍᓐᓇᕆᐅᕐᖓᑦ ᐅᑦᓭᓴᑕᑦᑎᓴᓂᖅᑎ ᐱᒍᑦᔨᒍᒪᐅᑎᓕᕆᑦᑕᒥᓂᖅ 2011-2012 ᐃᓕᓐᓂᐊᓇᐅᑦ ᐊᑦᕿᒍᖅᓂ.

ᑭᖑᒍᓕᕐᒥ ᑲᑎᒪᓂᖅᑲᑎᓗᒍᑦ, ᐅᖅᑲᑕᐅᓕᐅᔨᒪᑦ Ċᖅᑯᐊ Quebec Breakfast Club–ᑯᑦ ᐊᓯᑦᔨᑕᐅᔨᕕᓂᐅᑎᐊᖅᓚ ᐃᒣᑦᑐᒍᑦ Canada Breakfast Club ᐊᒪᓕᓗ Ṗᓇᐅᔭᖅᑲᑎᑕᐅᑦᓯᔨᐊᖅᑐᑦᓇᓕᖅᑲᓂᓯᓂᓯᓂᓂᓯᓂ ᓄᓇᕗᐊᐅᑦ ᐃᓄᓐᖓᑎᖅᑭᑦᓭᓕᕐᓂᑦ. ᓂᓚᐅᑦᑐᒍᑦ ᐱᔨᑦᓇᓯᓂᐊᓚᐊᒥᖅ Ṗᓇᐅᔭᖅᑐᓗᐊᖅᓯᓂᖅᓴᓯᑦ ᐱᔭᐅᑎᑦᓯᔨᒍᑎᐊᖅᑐᖅ ᐊᒪᓕᓗ ᑕᒪᓯᒥᖅᓴᖅ ᑲᒪᒋᔭᖅᑲᖅᑲᖅᑕᓯᑕ ᐃᓕᑎᑦᓯᑎᑦ ᒪᑭᑭᔨᖅᑲᖅᑲᖅᑕᓯᑕ ᐃᓕᑎᑦᓯᑎᑦ ᒪᒪᑭᓯᑦ.

Ċᖅᑯᐊ ᐅᑦᓭᓴᑕᕋᑦᓴᓕᓚᓱᑦ ᐱᒍᑦᔨᒋᔪᓕᔨᑦ ᐃᑲᔨᓯᒪᐅᑎᑦᓴᓂᖅ ᐃᑐᔭᐱᒪᑎᒪᓕ ᐅᒥᐅᔭᖅᒥᓗ 2012-2013 ᐃᓕᓐᓂᐊᓇᐅᑦ ᐊᑦᕿᒍᖅᓂ ᐊᒪᓕᓗ ᐊᓯᖅᑭᓂᖅ ᐱᑦᔨᒋᔪᓂᐅᓯᓂᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᓇᐅᑦᓂᖅ ᓴᐳᒪᒥᔭᐅᔪᓕᔨᓂᖅ Ċᑦᓯᒍᖅᓂ ᑎᒥᐅᔨᒪᑦ. ᐅᑦᓂᓚᐊᖅᑐ ᐃᓕᓐᓂᐊᓇᐅᑦᓂᖅ ᑲᖅᑭᓯᐊᓂᔨᔨᐊᒥ ᐄᓐᓇᐅᑎᓂᑦᓂᓗᒍ ᐅᑕᖅᑭᑦᓂᖅᓱᓯᑦ.

ᓯᖅᑭᓂᖅ

ᐱᓇᓯᐊᖅᑲᑕᐅᑎᑦᓂᓗᒍ Sonia Sauvé, ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔨᖅᓴᖅᓱᑦ ᐃᓅᓯᔪᑦᓯᒪᑦ ᐱᓂᐊᖅᓴᓗᒥ ᐃᓅᖅᓴᑎᑎᖅᑭᓂᖅᓴᓗᒥᓂᓗ ᐱᒍᑦᔨᒍᑎᑎᖅᑭᓂᖅᓴᓗᒥᓂᓗ Cirque du Soleil (Cirque du Monde), ᐊᒪᓕᓗ Véronique Dion-Roy, Catherine Boivin, Karin Kettler, ᐱᖅᖅᒧᐊᓂᓚᓂᖅᓴᓗᒥ ᖅᓄᐃᓕᓂᒋᐊᖅᔨᔨᖅᓴᓗᒍ ᑲᑎᒪᓂᖅᑎᑦ ᐱᖅᖅᒧᐊᓂᓚᐃᖅᓴᒋᑦ ᐱᓇᓯᐊᖅᑲᐃᖅᓴᓗᒍᓂ, ᐅᖅᑲᒍᑎᖅᑲᓕᐅᑦᑐᒍᑦ ᓯᖅᑭᓂᔪᑦ ᖅᓄᐃᓕᓂᖅᓴᓂᖅᓴᓗᒍᓂ ᐊᒪᓕᓗ ᐱᓇᓯᐊᓚᐅᓯᔪᒍᓴᓗᒍᓂᓄᓐᓂᓗᒍ ᐊᑦᔨᒋᑦᓯᒪᐅᑐᓂ ᓄᓇᕗᐅᑦ ᓄᓇᕗᓂᖅᓴᓂ. Ċᖅᑯᐊ ᑕᔪᓐᓇᐅᔭᖅᑎᓂᔨᔨᑦ Cirque du Soleil–ᑯᑦ ᑐᔪᑎᖅᑲᓕᐅᔪᑦ ᓂᑦᔨᑭᑎᐊᑭᖅᑎᓂᖅ Ċᖅᑯᐊ ᑕᔪᓐᓇᐅᔭᖅᑎᓂᔨᔨᑦ ᑕᔪᓐᓇᐅᔭᖅᑎᓂᓯᔪᓂᖅᓴᓂᖅᑐᓂᖅ ᐊᒪᓕᓗ ᖅᓄᐃᓕᓂᐅᑦᑕᐅᔪᓯᔪᓂᓕᓕᖅᓱᓕᕐᓂᖅ ᖃᑎᖅᑭᐊᖅᓴᓂᖅᑐᓂᖅ ᐃᓄᓐᓂᖅᓴᓂᖅᓴᓗᒍᓂᓄᓐᓂᓗᒍ ᐃᓄᓐᓂᖅᓴᓂᖅᓴᓗᒍᓂ. ᐃᓐᖏᓕᓴᓂᓂᔨᔨᓄᓐᓂᓗᒍ ᖅᓄᐃᓕᓂᐅᑦᑕᐅᔪᓯᔪᓂᓕᓕᖅᓱᓕᕐᓂᖅ ᐱᓇᓯᐊᖅᑲᐃᖅᓴᓗᒍᓂ, ᐅᖅᑲᒍᑎᖅᑲᓕᐅᑦᑐᒍᑦ ᓯᖅᑭᓂᔪᑦ ᖅᓄᐃᓕᓂᐅᑦᑕᐅᔪᓯᔪᓂᓕᓕᖅᓱᓕᕐᓂᖅ ᐊᑦᔨᒋᑦᓯᒪᐅᑐᓂ ᓄᓇᕗᐅᑦ ᓄᓇᕗᓂᖅᓴᓂ. ᐅᖅᑲᒍᑎᖅᑲᓕᐅᑦᑐᒍᑦ ᐱᖅᖅᒧᐊᓂᓚᐃᖅᓴᒋᑦ ᐱᓇᓯᐊᖅᑲᐃᖅᓴᓗᒍᓂ ᐊᑦᔨᒋᑦᓯᒪᐅᑐᓂ ᓄᓇᕗᐅᑦ ᓄᓇᕗᓂᖅᓴᓂ.

- ᖅᓄᐃᓕᓂᐅᑦᑕᐅᔪᓯᔪᓂᓕᓕᖅᓱᓕᕐᓂᖅ: ᑐᖅᖅᒧᐊᓂᑎᑦᓯᒪᐅᑐᓂ ᑐᓂᓴᖅᑎᑦ;
- ᑯᓗᓯᐊᖅᑎᓴᐅᑦ: ᓂᓕᐅᑦᑎᓂᐅᑦ ᐃᓂᖅᒪ ᓂᐱᓕᑕᑐᖅᓴᓂᖅᑐᓂᖅ;
- ᐃᓐᓇᐅᔭᖅᑐᑦ: ᓂᓕᐅᑦᑎᓂᐅᑦ ᐃᓂᖅᑲᓴᖅᓱᓂᖅᑐᑦ ᓂᐱᓕᑕᑐᓂᖅᑐᑦ;
- ᖅᓄᐃᓴᓂᖅᑐᑦ: ᓂᓕᐅᑦᑎᓂᐅᑦ ᐃᓂᖅᑲᓴᖅᓱᓂᖅᑐᑦ ᓂᐱᓕᑕᑐᓂᖅᑐᑦ (6ᖅᖅᒧᓕᐊᓕᐅᑦᔨᑕ) ᑐᓂᓴᖅᑎᓗ ᑐᖅᖅᒧᐊᓂᑎᑦᓯᒪᐅᑐᓂ.

ᖅᓇᑕᓕᒥᒥ ᐱᐊᖃᖅᑎᑦ ᐅᓐᓗᑦᑲᖅᑎᑦᓯᒪᐅᑎᑦᓯᒧᓐᓂᑦ

ᐊᓂ ᓄᓗᑭ, ᓄᓇᕗᓂᓕᓂᑦ ᖅᓄᐃᓕᓂᐅᑦᑕᐅᔪᓯᔪᓂᓕᓕᖅᓱᓕᕐᓂᖅ ᐅᓚᓂᓯᐊᓂᑦᓂᖅᑐᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᖅᒧᑦ ᖅᓄᐃᓕᓂᖅᑐᓂᖅ, ᓄᐃᑦᓯᕐᓯᓂᐊᖃᐊᖅᑎᖅᑐᓗᒍ ᖅᓄᐃᓕᓂᐊᖅᑐᓂᖅᑐᑦ ᐊᖅᑯᓂᖅᑐᑦ ᐊᑦᔨᒋᑦᓯᒪᐅᑐᓂ ᓄᓇᕗᐅᑦᑎᓂᑦᓯᒪᐅᑐᓂ ᖅᓇᑕᓕᒥᒥ ᐱᐊᖃᖅᑎᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᑦ ᐅᓐᓗᑦᑲᖅᑎᑦᓯᒪᐅᑎᑦᓯᒧᓐᓂᑦ ᐊᑦᔨᒋᑦᓯᒪᐅᑐᓂ ᓄᓇᕗᐅᑦᑎᓂᑦᓯᒪᐅᑐᓂ

ᐱᓕᕆᓂᖅᑲᑎᒋᔭᖅᓇᑕᕐᓂᐅᖅ, ᐃᓕᐅᑎᑦᓗᒋᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓗᕆᓕᓚᓛᑦ ᑲᑎᒪᓕᕆᖏᑦᑐᓗ ᑲᑎᒪᓂᖅ ᐃᓕᖅᓄᐊᓕᓚᐅᖅᓱᓗ, ᐊᐱᓚᕐᐅᓕᐅᔪᒻᒪᓕ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓂᕆᔨᓴᒪᓕᖅᑎᑦᑲᓂᖅ ᕆᓚᕆᔨᑕᐅᓂᐊᖅᑐᓂᖅ ᐊᖏᖅᑎᑦᑕᐅᓂᐊᖅᑐᑦᑐᓂᖅ.

ᐱᓚᕆᔨᖅᑕᐅᔪᒧᑦ ᑕᒪᑦᕆᒧᖅᓴ ᐃᓗᖅᓱᒧᑦ ᐱᔭᕐᓕᐊᑎᑦᕆᔨᑎᒧᑦ ᐅᐃᓴᖅᑐᑐᖅ ᐱᐊᖏᖅᑐᖅ ᐊᐊᖏᖅᑐᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᐯᓚᑦᕆᐊᖅᑐᖅ

ᖃᓄᐃᖅᑎᕆᔨᖏᓂᕐᓂᖅᑦ ᐱᓚᕆᔨᖏᖅᓴᓴᓗ ᑲᑎᒪᓂᐅᖅ ᐯᓚᑦᕆᐃᓕᓚᓂᖅᓯᒪᑦ ᐱᓚᕆᔨᖏᖅᓴᓴᓗ ᐱᓚᕆᔨᑲᑎᒪᓂᖅᑎᑦᑕᐅᖅᑐᑦᑐᓂᖅ ᐊᖏᖅᑎᑦᑐᑦ. ᑲᑎᒪᓂᕆᓕᐅᔪᒻᒪᓕᖅᑎᑦᑕᐅᖅ ᒪᑦᕈᐃᓂᖅ ᐯᓚᑦᕆᐃᖅᓯᒪᓂᖅ (ᑲᑎᒪᓂᒪᓚᕐᓂᖅ ᖃᐅᔨᒪᔭᒧᑦᑐᓂᐅᑦᕆᔨᑎᒃ). ᑭᖑᓂᐊᒧᑦ, ᑲᑎᒪᓂᕆᓕᐅᔪᒧᑦ ᑕᒪᖅᑎᑦᑕ ᓄᓇᓕᖅ ᑭᓯᐊᑦᑎᑦᑎᓂᖅ, ᑕᓀᓂᐊᑎᑦᑕᐅᓂᐊᖅᑐᓂᖅ ᐃᓕᐅᑦᖃᑕᐅᔭᒪᓂᖅᓯᒪᓕᖅᑎᑦᑲᓂᖅ ᐃᓚᖅᑎᑦᑕᐅᓂᐊᖅᑐᑦᑐᓂᖅ ᓄᓇᓕᖅᑐᖅ ᐊᐊᖏᖅᑐᖅ ᐱᓚᕆᔨᑲᑎᒪᓂᖅᑎᑦᑕᐅᖅ ᐃᓕᓴᐅᔪᒻᒪᓕᖅᑎᑦᑲᓂᖅ ᐃᓚᖅᑎᑦᑕᐅᓂᐊᖅᑐᑦᑐᓂ

ᐃᓕᒧᔪᑎᑦᓴᐊᖏᓂᖅᔪᑦ ᐱᓇᓴᐊᑭᓴᖅᑎᑎᓴᓂᖅᑐᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᖅᓴᐊᒥᐅᕐᖏᔪᖅᑎᑎᒋᑦ ᐊᖏᓂᖅ ᐅᓪᓗᖅᑎᑎᐅᓂᖅᓱᓂᓄᑦ. ᓴᓇᓴᐊᖅᑕᐅᓕᖅᑐᑎᑦ ᒪᓕᓴᓴᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᐃᑦᓴᐅᓂᕐᓂᑦ, ᐱᓴᑦᓴᐅᔨᖅᑲᐅᔨᓴᐃᑦ ᓴᐳᒻᒥᖅᐅᖅᑲᑦᑕᓕᐅᖅᑐᑦ ᑭᓇᐅᔨᑎᔪᑦ, ᐱᔨᑦᓴᑎᔪᓪᓗ (ᓴᓇᓴᐊᖅᑕᐅᒥᐊᓪᓚᑦ ᐊᓪᓚᓴᓴᒪᐅᑎᖅᑎᓪᓗᒍᑦ, ᖃᓄᖅᑕᐅᔨᑭᑦᑎᓴᔪᑎᓄᑦ, ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑦᓄᑦ, ᖃᑎᖅᑭᐊᔪᓐᓇᓄᑦ, ᑐᓴᕐᓴᑎᔪᑎᓄᑦ, ᓂᕐᔨᑭᑎᐊᑭᖅᑲᑦᑎᓴᓂᖅᓂᒃᓇᓗ ᐃᓚᓐᓂᐊᑎᔪᑎᓂᖅ, ᖃᓄᖅᑐᑦᓴᐊᑎᔪᑎᓂᖅ, ᑐᓴᕐᓴᑎᔪᑎᓄᑦ ᓴᓇᓕᓐᓂᖅ) ᐅᕝᕙᓗᓐᓂᖅ ᑎᑎᕈᔪᓐᑎᔪᑦ, ᐱᔪᓐᓕᐊᑎᑦᓴᔪᑎᔪᐅᖅᑲᑦᑕᓕᐅᖅᓯᒪᑦ ᐊᒥᓴᓕᓐᓂᖅ ᓴᓇᓕᓐᓂᖅ ᓴᓇᓴᐊᖅᑎᓴᓂᖅᓴᓂᖅ: ᐱᓴᑦᑎᓴᓴᑎᓄᑦ, ᐃᓇᓐᓇᑦ ᐅᖅᑲᐃᖅᑲᖅᓄᑦ, ᑕᑯᓐᓇᕐᖏᐊᕐᓴᐊᖅᓯᒪᔪᓂᖅ ᑕᑯᓐᓇᐅᔨᖅᑲᖅᓄᑦ, ᐅᖅᑲᖅᑲᐅᑎᑦᓴᓂᖅᓴᓂᖅ, ᖃᓄᖅᑐᑦᓴᐊᑎᔪᑎᓄᑦ ᓴᓇᓕᓐᓂᖅ, ᓇᓕᐅᑦᓴᑎᑦᓴᓴᑎᓄᑦ, ᑐᐱᓴᓴᐊᑦᓴᐃᓴᖅᑲᑦᑕᓕᐅᖅᓯᒪᔪᓂᖅᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᐅᖅᔪᐊᑎᑦᓴᓂᖅᑲᓕᑲᖅᑲᑦᑕᓕᐅᖅᓯᒪᔪᓂᖅᓄᑦ.

ᐊᖅᖃᓂᐅᑎᑦᓗᒍ ᐊᑐᑎᓴᐅᓕᐅᔨᒥᔨᓴᒥᑦ ᓴᓄᑦ, ᑭᓇᒻᐯᓂᑯᑦ ᓄᓇᕗᑦ ᐱᑦᑎᑎᓴᓕᐅᖅᑐᑦ 40-ᓂᑦ ᑕᑦᓗᓂᑦ. ᑕᒪᓐᓂ ᐊᖅᖃᔪᒥᒥ, ᒪᖅᑭᐃᓂᑦ ᐃᓕᓴᐅᓂᐊᐱᓂᑦ ᒐᑦᓂᓴᓕᐅᖅᑐᖅᓄᑦ: ᑭᓇᐅᖅᓯᒪᓂᖅ ᑭᓇᐅᖅᓯᒪᓂᖅ ᑭᓇᐅᖅᓯᒪᓂᖅ ᐊᖅᖃᓂᐅᑎᑦᓴᓂᖅᓴ

ᑕᑯᓐᓇᓱᒍ ᖃᐅᔨᒪᓂᖃᑦᑕᐅᓇᖏᑦᑎᒃ ᐱᔪᓐᓇᓱᓕᕆᔨᑦᑐᑎᓐᓄᑦ ᐃᓄᐃᔾᓇᖅᑎᑐᐃᓐᓄᑦ ᖃᐅᔨᓄᑦᑐᕌᖅᑐᑦ ᐃᓄᐃᖅᑎᑦᓯᓐᓂᖅᑐᑦ, ᐱᓇᓱᑦᑎᓐ ᓄᓇᓕᑦ ᐃᓕᖅᑎᓐᓂ ᓴᓗᒥᒃᓯᐅᕐᓂᖅᐳᑦ ᐃᓂᖅᑎᑦᑎᓯᑎᓕᑦ ᑕᑯᑦᓴᐅᑎᑦᓯᓯᑎᒃ ᖃᐅᔨᓄᑦᑐᕌᖅᑎᑦᑐᑎᒃ ᐃᓄᐃᖅᑎᓯᐊᖅᑐᑦ ᐃᓄᐅᓯᖃᑦᓯᓂᖅᐳᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᔪᓐᓇᓱᓕᕆᔨᑦᑐᑎᓐᓄᑦ ᐊᑐᑎᑎᐅᔨᓂᖅᐳᒃ ᒪᓕᓂᖅᓴ: ATII Taking Action (ᑯᓘᔪᐊᒥ), ᐊᑦᐱᒃ ᐅᓘ (ᑯᓘᔪᐊᒥ), ᐊᒻᒪᓗ ᓯᓚᐅᓯᓴᑦᑎᓕᓕᓂᒪᑦ ᓄᑦᖢᕐᓂᖅᓴᑦᒐᓗ ᐅᑦᓗᐅᖅᓂᖅ (ᐊᑦᓴᑭᖅᑎᓂᖅ ᓄᓇᓕᓐᓂ). ᑕᒪᓐᓇ ᓴᓚᒥᔪᓯᒪᓕᕆᔨᑦᑐᖅ ᐊᑐᑎᓐᓄᑦᑐᕌᖅᑎᑦᒪᑦᑎᓂᖅ ᖃᐅᔨᓄᑦᑐᕌᖅᑎᑦᑐᑎᒃ ᖃᐅᔨᒪᑦᓂᕌᖅᑕᒥᓂᖅ, ᐊᑦᓂᑦᓴᐃᑯᓂᑯᓯᓂᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᓂᓯᑎᓂᖅ ᓄᓇᓕᓐᓄ ᐊᒻᒪᓗ, ᐃᓕᖅᑐᒃᓴᓗ, ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᖅᑎᓯᑎᒃ ᖃᐅᔨᓄᑦᑐᕌᖅᑎᑦᓯᓯᑎᓕᑦᑎᓂᖅᐳᑦ ᑲᒪᔨᐅᓯᒃ ᐃᓄᐅᑦᑕᖅᑎᓂᑦᒪᓂᖅ ᑕᑯᑦᓴᐅᑎᑦᓯᓯᑎᒃ.

ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐱᓯᑎᐅᓕᐅᑎᑎᑕᐅᓂᖅᓴᓐᓄᑦ ᕿᑦᓗᑐᐃᔪᑎᑦᓗ ᖃᐅᔨᓄᑦᑐᕌᖅᑎᑦᑐᑎᒃ ᐃᓕᓴᐅᔾᔨᖅᑕᖅᑎᑦᓯᓯᑎᓕᑦ

ᐊᑦᔨᒋᖅᑎᑐᓂᒃ ᐱᓯᑎᐅᓕᐅᑎᑎᑦᓯᓂᖅᑲᓕᐅᔨᔪᖅᓴᒃ ᐃᓄᐃᓴᓕᓂᖅᓱᓂᒃ ᐅᑭᑦᓵᓴᓐᓂᒃ ᐅᑭᖅᑕᖅᑎᑦᓯᓂᖅ ᓴᓚᒥᔪᓯᒪᓕᕆᔨᑦᑐᑎᒃ ᐃᓕᓴᐅᔾᔨᓂᖅᓱᓂᒃ ᑲᔪᖅᑎᖅᓴᓯᑎᓕᑦ ᐃᓕᓴᐅᔾᔨᓂᖅᓱᓂᒃ ᐃᓄᐃᖅᑎᑦᓯᓯᑎᓕᑦᑎᓂᖅᐳᒃ ᐃᓄᐃᓴᓕᓂᖅᓱᓂᒃ ᐃᓄᐅᓯᖃᑦᓯᓂᖅᐳᒃ ᐃᓄᐃᖅᑎᑦᓯᓯᑎᓕᑦᑎ

ᐃᓕᓐᓄᓂᖅᑲᑎᑕᐅᓕᕆᓂᒪᒡᓗ ᓄᓇᓕᒥᓂ ᐱᐅᓂᖅᓱᐅᓕᕆᔨᖅᑐᓄᓇᕗᑦ ᐊᒻᒪᓕ ᑐᓂᔨᐅᖅᑲᓕᕆᔨᓴᒃᑯᑦ ᐃᓄᓕᑎᑐᑎᓕᒡᓕᑦ.

ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓴᐊᖅᑕᐅᔨᖅ ᑲᔨᓴᓚᔨᓕᐅᖅᖅᓯᒪᔭᖅ ᐃᓕᐅᔨᖅᑲᓕᐅᖅᖅᓯᒪᔭᐊᖅᑉᐸᑦ ᓴᖅᑕᒪᓂᖅ ᐱᐊᖅᖅᓂᖅ ᐊᖑᓇᓯᓂᖅ ᓴᓇᔪᓂᖅ. ᓇᓄᒃᑎᑦᓴᒪᔭᖅᑐᑦ ᐊᕐᕌᒍᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᓅᖅᑕᐅᐃᐅᓕᐅᔭᓂᒃ ᐅᓇᓴᔨᖅᓯᓂᖅ ᓄᓇᕗᑦ ᑕᒪᓴᒪᓐᓇᖅ ᐅᖃᓕᒫᖅ ᐊᑐᖅᑐᖅᑕᐅᓂᖅ. ᐃᓕᑦᓇᓚᐅᑎᓪᓗᒍ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᓂᖅᑐᑦ ᐊᑎᖅᑎᑎᑕᐅᔨᖅᑐᓂᒃ ᐃᓚᖓᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐅᓇᓴᔨᖅᓯᓚᐅᖅ ᐃᓴᖅᓴᓂ ᑕᒪᓴᒪᓐᓇᖅ ᐃᓕᐅᖅᑕᐅᔨᖅᑐᓂᒃ. ᑭᓴᐅᔪ ᐊᑐᓂᖅ ᐅᓇᓴᔨᖅᓯᓂᖅ ᐅᓇᓴᔨᖅᓯᓂᖅ ᐃᓄᓐᓂᒃ 2012-ᒥ.

ᑕᒪᓴᓪᓚᐅᑦ ᐱᓇᓴᐊᖅᑕᐅᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᑐᖅᓯᓕᓇᓂᐊᖅᑕᖅᓯᒪᓂᖅ ᕿᖅᓇᑕᐅᔨᖅᑲᓕᕐᓂᖅ ᑐᕐᖅᓯᒪᐃᖅᑲᓕᐅᖅᖅᓯᒪᓂᖅ ᐅᑭᐅᖅᑕᐅᒪᖅᑕᖅᖅᓯᒪᑐᑦ ᐅᑭᐅᖅᑕᐅᒪᖅᑕᖅᖅᓯᒪᓂᖅ ᐅᑭᐅᖅᑕᐅᒪᖅᑕᖅᖅᓯᒪᓂᖅ ᖃᓄᐃᓕᐅᖅᑐᑦ ᐊᒻᒪᓕ ᐊᓂᒍᓯᒪᔪᓂᖅ ᐊᓯᖏᓐᓂᖅᑐᑦ ᐊᓯᖏᓐᓂᖅᑐᑦ ᐊᓯᖏᓐᓂᖅᑐᑦ

ᓂᐱᓱᓂᓪᓗ), ᐃᓚᐅᑎᒃᓂᑦ (ᐊᐱᓇᓴᐅᔨᖃᖅᑎᓗᒍ, ᑭᐅᒪᐅᑎᑎᑕᐅᔨᖃᖅᑎᓗᒍ), ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᑕᐊᕐᓂᖃᖅᖃᑦᑕᓯᑎᓪᓗ ᐅᖅᓄᓂᑦ.

ᖃᑎᒪᓂᑭᓯᖅᖃᖅᓂᒍᑦ ᐱᐊᕐᕋᓂᒃ ᓄᓪᓕᐊᕐᓂᓗᑦᑐᓪᓕᒪᑎᑦᓯᓂᕐᒍᑦ

ᐊᕐᕿᒍᓪᓕᐅᖅᑐᑦ, ᑮᖅᓴᓂᒍᑎᓂᒃ, ᐊᑐᓪᑎᓯᒍᑎᑦᓴᓂᓪᓗ ᓇᓗᓴᕆᒍᑎᓂᓪᓗ ᑕᒪᑦᓯᒍᖅᓴ ᐱᐅᔨᒥᒃ ᐊᐅᓇᐃᓂᕐᒍᑦ / ᐱᐅᖅᑭᑐᒥᒃ ᐊᐅᑐᐃᓂᕐᒍᑦ ᐃᖃᔨᓯᒪᐅᑎᑦᓴᒍᑦ ᐱᒋᐊᖅᑎᑕᐅᔨᖃᖅᖃᓕᕆᔨᓐᖅ ᒪᖅᑭᐃᓂ ᓄᓇᓕᖅᓂ (ᑯᐟᔨᔨᐊᒋᓪ ᖃᐊᖅᑕᒋᓪ) ᐅᑦᑐᖅᐅᑎᒋᔭᐅᑎᓕᒋᑦ. ᑕᒪᖅᓇ ᐃᖃᔨᓯᒪᐅᑎᒃ ᐃᒧᓚᖅᓴᕆᔨᒪᑦ ᐱᐊᖅᑖᓂᒃ ᓄᓪᓕᐊᕐᓂᓗᑦᑎᓯᑕᓯᒪᓂᖅᓴᖅᑎᓂᓯᓚᐅᖅᓄᑦ 30 - 45 ᒥᓇᑦᓯᓂᒃ ᐊᑯᓂᖅᓂᕆᓂᒃ ᑕᒪᒃᑯᓂᖅᑐᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᓴᖅᑐᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓇᖅᓴᓚᐅᓂᓪᓗ. ᖃᑎᒪᓂᐊᕈᓯᖅᓯᒪᑕ, ᐱᐊᔪᑦ ᐱᓕᕆᑐᒃᑲᒪᕆᔨᒃᑯᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᑎᓂᒃ (ᐅᕐᐃᓂᕈᑦᒥᒃ, ᐅᒪᔨᓴᖅᒥᒃ, ᖃᑭᑦᕈᐊᓂᒃ, ᑕᐅᑦᑐᓕᐅᕈᑎᓂᒃ, ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑕᒥᒃ) ᑕᑯᐐᓴᔪᒍ ᒡᒃᑯᐊ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᑎᑕᐅᔪᓄᖅᑭᓂᒃ ᐃᓕᓴᔨᓯᒪᐃᓕᑦ ᐃᓕᒥᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᑎᑕᐅᖅᑭᖅᓇᕈᑎᑦᓴᖅᑭᓐᓂᒃ ᐊᖅᑭᑦᕿᑐᐊᕈᑎᒃ. ᐅᑦᓗᒥᒍᑦ ᑎᑭᑦᔪᒍ, ᖃᑎᒪᓂᐊᕈᔨᖃᖅᑎᑕᐅᔨᖃᖅᔨᒪᓕᑦᑐᖅᑐᒃ ᐱᑕᖃᑦᓕᐅᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᐱᖅᓯᒪᓂ (ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᓇᐊᖅᓯᒪᓂᖅᑐᓂᒃ 3ᓄᑦ >ᑦᑐᓕᓴᕐᓄᑦ) ᐊᒻᒪᓗ ᐱᖅᓯᔪᐊᑦᓯᑎᒃ ᐃᔨᒪᓴᖅᓴᐅᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᐱᖅᓯᒪᓂ (ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᓇᐊᖅᓯᓚᐅᓄᑦ 1ᒥᓗ >ᑦᑐᓕᓴᕐᓄᑦ) ᖃᔪᖅᑕᒥ. ᒡᒃᑯᐊ ᐃᖃᔨᓯᒪᐅᑎᑦ ᐊᔨᕐᑭᓄᑦ ᓄᓪᓕᐊᕐᓄᑦ ᐊᑐᓪᑎᓯᒍᑎᓂᒃᑲᒪᕆᔨᖅᑎᑦ ᑮᓇᐅᔨᓕᖅᓴᕐᓂᑦ ᑕᒻᒪᓂ ᐊᖅᑭᑦᕿᒧᒥ ᖃᖅᓴᖅᒥ.

ᐱᐊᖅᑭᓴᓕᐅᖅᑐᒃ ᐃᒥᐊᓪᑕᒪᓕᑎᑦᓯᓂᕐᒍᑦ

ᔨᓇᔨᐊᖅᑯᓂᑦ ᐱᐊᖅᑭᓴᒥᒃ ᐃᒥᐊᓪᓚᒧᑦ ᔨᐅᔪᑕᐅᑎᑦᔨᑌᓕᓂᖅᓯᒧᑦ ᑐᖃᓚᖅᑭᑦ ᐊᐃᐅᖅᓱᑕᐅᒪᒧᓇᑐᑦ ᐃᒧᓚᖅᑕᒋᐊᖅᓱᓕᒃᑯᓚᖅᑐᑦ:

- ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᒥᐊᓕᑦ ᑮᖅᓇᓪᓕᑦ ᒪᓕᒃᓪᓕᑦ PRECEDE ᐊᖅᖅᑭᔨᖅᑕᐅᒪᓴᕐᑦ;
- ᑐᑭᓯᓪᓗᒍ ᐱᐊᖅᑭᒃᑲᓕᑦ ᐃᒥᐊᓪᓚᔪᒍᐅᓕᓕᑦ ᐃᓪᓗᖅᑭᓯᑎᔪᓕᓪᓗ ᐃᓄᓕᑦᑎᔪᓕᓪᓗ ᖁᓄᐃᓕᓴᕐᓂᓕᖅᑐᖅᑭᑦ, ᓄᓇᕗᒻᒥᓪᓗ ᖁᓄᐃᓕᓴᕐᓂᑯᓘᔨᐊᓯᒪᓂᖅᓄᓕᑦ, ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᓪᓗ ᑕᑯᓐᓇᐅᑦᑎᓯᒪᓂᖅᑐᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕗᑦ ᐅᓇᐅᔨᒪᓂᖅᑐᑦ (ᐱᓕᕆᔨᖃᖅᑎᓗᒍ, ᐊᖅᖅᑭᔨᖅᑕᐅᒪᓴᕐᑦ, ᐊᑐᓪᑎᓯᒍᑎᓂᒃᑲᒪᕆᔨᖅᑎᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᑎᓂᒃ);
- ᐱᐊᖅᑭᒃᑲᓕᑦ ᐃᒥᐊᓪᓚᔪᒍ ᔨᓇᔨᐊᖅᑯᓂᑦᔨᑌᓕᓴᕐᑦ ᖁᓄᐃᓕᓴᕐᓂᓕᖅᑐᖅᑭᑦᑐᓂᒃ ᑐᓴᖅᑎᑦᔨᑌᓕᓂᖅᓯᒪᓂᖅᓄᓕᑦ, ᐊᐅᓚᑦᓴᕆᔨᖅᑕᐅᓂᖅᓴᖅᑎᓂᓪᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᑕᒪᑦᓯᒍᖅᓴᖅᑎᓂᒃ ᐊᐟᖅᑲᐃᓕᓴᕐᓂᐊᓕᖅᑐᖅᑭᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᓪᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᒧᓚᖅᑕᒋᐊᖅᓱᓕᒃᑯᓚᖅᑐᑦ;
- ᖁᓄᐃᓴᖅᓯᒪᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔪᓄᖅᑭᒃᑲᓕᑦ ᐱᐊᖅᑭᒃᑲᓂᕐᒥᒃ ᐃᒥᐊᓪᓚᔪᒍ ᔨᓇᔨᐊᖅᑯᓂᑦᔨᑌᓕᓴᕐᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᓪᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᑕᒪᑦᓯᒍᖅᓴᖅᑎᓂᒃ ᐃᒧᓚᖅᑕᒋᐊᖅᓱᓕᒃᑯᓚᖅᑐᑦ;
- ᑐᑭᓯᓪᓗᒍ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓪᓗᖅᑭᓯᑎᑎᔪᓕᑦ ᐱᐅᔨᒪᓂᖅᓴᖅᑎᓂᒃ ᐊᒧᓚᖅᑕᒋᐊᖅᓱᓕᒃᑯᓚᖅᑐᑦ;

- ᑐᑭᓯᓗᑎᑦ ᐃᒥᐊᓗᑦ ᐱᓕᕆᔨᖅᓯᖏᓐᓄᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ, ᐱᓗᐊᖅᑐᒥᒃ ᐊᖏᖅ ᐊᑯᖅᓯᖏᖅᓯᓂ, ᐃᓕᓴᕐᓂᕆᔨᑦᑲᓐᑯᓗᒍ ᐱᕆᔨᕐᓂᕆᔨᓯᓚᒃ ᐊᓯᖅᐳᒥᐊᓕᒫᓂᖅᓴᓕᕆᔨᖅᑐᓂ ᐊᑐᖅᓯᓗᑎᑦᑕᑌᓕᒫᓂᖅᓯᒪᔪᓂᖅ.

ᐅᑯᐊ ᓯᓚᓯᐊᖅᑕᐅᓕᕆᔨᖅᑐᑦ ᑲᔨᓯᑎᑕᐅᓯᒪᓕᖅᑐᑦ ᐱᒋᐊᖅᑎᑕᐅᓕᓯᓯᑎᓕᓵᓄᓕᖅ:

- ᓇᐅᑦᓯᑐᖅᑕᐅᔨᖅᑲᓯᓂ ᑭᖑᓪᓚᐃᒪᒋᔭᕆᐅᔨᓂᒃ ᐱᐊᖏᖅᓴᓕᓂᒃ ᐃᒋᐊᓗᑦᑌᓕᒫᓂᖅᓯᓂᖅᓗᑦ ᑕᑯᓐᓇᕐᓯᖑᖅᑎᑎᑦᑐᓄᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᐃᑐᓐᓇᐅᖑᖅᑎᑦᑐᑦᑐᓄᑦ ᑕᒪᓯᓯᒋᐊᖅᑲᓇᑕ ᑲᒪᒋᔭᖅᑲᓯᖅᑕᐅᓯᐊᕐᓂᖅ (ᐊᑐᖅᓴᐅᑎᑎᒍᑦ) ᐱᐊᖏᖅᓴᓕᓂᒃ ᐃᒋᐊᓗᑦᑌᓕᒫᓂᖅᓯᓂᕆᔨᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᐱᖑᓐᓂᓄᑦ 2012 ᐱᒋᐊᖅᖁᒋᐅᑎᓐᓄᒍ;
- ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓄᓯᓕᓵᔨᑦ ᑲᑎᒪᔨᖑᓂᑕ ᐱᐊᖏᖅᓴᓕᓂᒃ ᐃᒋᐊᓗᑦᑌᓕᒫᓂᖅᓯᓕᓵᔨᖑᓂᑕ ᑲᑎᒪᔨᐊᐱᖑᓂᑦ ᑲᑎᒪᔭᐅᖑᓕᑕᐅᑦᑐᑦ (ᐅᖑᒃᑲᑎᑎᑦᓯᓂᒃ, ᖃᐅᔨᓴᓯᓂᒃ, ᐊᓐᓇᓴᓯᓂᒃ, ᐊᓐᓇᓕᓯᓕᓵᓂᓯᓂᒃ, ᐊᓐᓇᓕᓯᑕᐅᓯᓂᒃ ᑲᑎᒪᓕᓯᓐᓄᓗᑦ ᐅᑦᔨᐅᖑᖅᑎᑦᑐᑦ);
- ᖃᐅᑦᖃᔭᐅᔨᖅᑲᓯᓂ ᐊᓐᓇᓕᒫᓂᒃ ᐊᐱᓚᔭᐅᔨᖅᑲᓯᓂᓗ ᐃᓄᐃᘐᓛᖅᑐᓂᓗᓂᒃ ᒪᓕᓂᖅᖁᓕ: ᐊ) ᐱᓕᔨᔭᓪᓕᓚᖅᑲᓐᓂᒃ (ᐊᓐᓂᐊᓂᓕᓚᔪᓪ/ᐃᓄᓂᓕᓚᔪᓪ/ᐃᓪᓂᐊᓂᐊᓂᓕᓚᔪᓪ/ᐊᓐᓂᐊᐊᔪᓪ) ᐊᑦᒪᓗ ᑭ) ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓄᓯᓕᓵᔨᑦ ᖁᑎᐅᒪᔨᓕᓚᒪᓕᖅᓴᓂᖅᑎᑦᑕᓂᖅ;
- ᖁᑎᖃᐅᔨᖅᑲᓯᓂ ᑐᑭᓯᒪᔨᐅᑎᑦᑕᓂᖅ ᐃᓄᖅᓴᓂᑎᑦᑕᐅᔨᖅᑲᓯᓂᓗ ᐃᓄᐃᑦᑐᓂᓗᓂᒃ ᐅᓇᓱᒋᔭᐅᓂᖅᑐᑦ ᐃᓄᐃᑦᑐᓂᓗᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦᑐᓂᓗᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦᑐᓂᓗᓂᒃ

ᐱᐱᑦᓴᐅᔪᓐᓇᑐᒃ ᓄᓇᖅᔭᓕᖅᑐᒃ ᓄᑕᐅᔪᓕᕐᓂᑕᐅᔨᕆᓕᐅᔨᓴᖅ ᐁᑦᑐᑎᒋᔭᐅᑦᔪᑎᑦᓗ ᑲᒪᒋᐊᖅᓯᓇᐅᑐᓄᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᓇᐅᓕᒻᒥᓄᑦ.

ᓇᔪᒋᐊᖅᓯᒪᓂᖅᐸᑦ - ᑲᒪᓇᔪᓐᓂᖅᐸᑦ - ᑐᑭᔪᒪᐅᑎᑦᓴᓕᓚᓂᖅᐸᑦ

ᐊᓐᓂᐊᓕᖅᓇᑐᓂᒃ ᖃᐅᔨᖅᓱᑌᓕᒪᓂᖅᐸᑦ ᑲᒪᓇᔪᓐᓂᖅᐸᑦ ᐃᑦᐱᒋᔭᖅᑲᖅᓂᐅᔪᑦᓗ

ᐊᑦᔨᑭᖅᑎᑐᓂᒃ ᐱᓇᔪᐊᖅᑕᐅᔨᕆᓕᐅᔨᓴᖅᓱᖅ, ᐃᓕᖅᑎᑦ ᑲᔨᔪᖅᑎᓐᓇᕆᓇᖅᑕᐊᖅᑎᓄᓕᑦ (ᐅᑦᑐᑎᑎᓕᔪ ᐊᑐᑎᔭᐅᓕᐅᒪᔭᖅᑕᐅᔨᓴᖅᑐᑦ ᑲᒪᓇᔪᓐᓂᑕᐅᔨᓴᖅᓯᓐᓂᒃᓯᒪᓂᖅ). ᔪᓇᔪᐊᖅᑕᐅᓐᓇᖅᔪᐊᓕᐅᔨᖅᑐᑦ ᒪᔨᐊᖅᔪᔨᑦ:

- ᑲᔨᔪᔨᓕᒃ ᑐᑭᔪᒪᐅᑎᑦᓴᓂᒃ ᑎᔪᓕᑦᔪᑎᒃ (ᖃᓄᐅᖅᑎᔪᔨᐊᖅᑐᓂᓕᓚᓂᒃᓴᑦ ᐱᓇᔪᐊᖅᐃᖅᓴᓕᐅᔭᖅᑕᐅᔨᓴᖅᑐᒃ) ᐊᓐᓂᐊᓕᖅᓇᑐᓂᒃᓇᔨᓂᖅᑐᒃ, ᓄᓕᐊᖅᓂᔨᓐᓄ ᐊᐅᒃᔨᓄ ᐊᓐᓂᐊᒋᔪᑎᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃ ᖃᑦᑕᑐᓂᒃ;
- ᓄᐃᑕᐅᔨᖅᑲᔪᓂ ᑲᑎᖅᔪᑕᐅᒪᔨᓂᒃ ᐊᖅᖢᔪᖅᑕᐅᒪᔨᓂᒃ ᑐᑭᔪᑎᑦᔪᔪᑎᑎᐅᔨᓂᒃ ᖃᔪᐊᖅᑎᓇᓐᓂᑕᐅᓄᑦ ᐊᓐᓂᐊᓕᖅᓇᑐᓂᓇᓐᓂᑕᐅᓄᑦ ᑐᓴᖅᑎᓴᖅᑎᒋᓐᓂᒃ (ᑕᖅᖢᔪᖅᑕᐅᒪᔨᓂᒃ ᐊᖅᖢᔪᖅᑕᐅᒪᔨᓂᒃᓴᑦ ᐃᓚᖅᑎᑦᓴᓕᐅᔭᖅᑕᐅᔨᓴᖅᑐᒃᓴᑦ);
- ᓄᐃᑕᐅᔨᖅᑲᔪᓂ ᐊᖅᖢᔪᖅᑕᐅᒪᔨᓂᒃ ᑕᑯᑦᓴᐅᑎᑦᔪᔨᓂᒃ ᖃᔪᐊᖅᑎᓇᓐᓂᑕᐅᓄᑦ ᐊᓐᓂᐊᓕᖅᓇᑐᓂᓇᓐᓂᑕᐅᓄᑦ (ᐅᔪᒃᑯᑦ/ᐅᑦᔪᑯᑦ ᖃᔪᐊᖅᓇᓐᓂᑕᐅᓄᑦ, ᐳᓴᓕᓐᓂᑕᐅᓄᑦ);
- ᓄᐃᑕᐅᔨᖅᑲᔪᓂ ᔪᓇᔪᐊᖅᑭᑎᑦᓴᒪᓕᓐᓂᒃ ᔪᒃᑯᑕᐅᑎᑦᔪᑐᑎᓕᓐᓂᑦ, ᖃᓐᓇᑐᑐᐃᓐᓇᑦᔭᑐᓗ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᔪᓂᑦᔭᑐᓗ ᓄᓕᐊᑦᓂᑯᑦ ᖃᔪᐊᖅᓇᓐᓂᑕᐅᓐᓇᓐᓂᑦᔭᑦ (ᐱᓇᔪᐊᖅᖢᑕᐅᑎᓐᓇᒃᑐᓗ ᐊᓐᓂᐊᓕᖅᓇᑐᓂᒃᓇᔨᓂᖅᑐᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᖅᔭᓕᖅᑐᒃ ᐊᓐᓂᐊᓕᖅᓇᑐᓂᒃᓇᔨᓂᖅᑐᒃ ᐃᓄᕐᓂᐊᖅᑐᓂᒃᓇᔨᓂᖅᑐᒃ ᐊᓐᓂᐊᓕᖅᓇᑐᓂᒃᓇᔨᓂᖅᑐᒃ);
- ᑐᑭᒃᓇᓕᐅᔪᑦ ᐊᖅᔪᒪᓐᓇᑕᐅᑎᑦᔪᔪᑎᑎᐅᔨᓂᒃ ᑐᑭᔪᒪᐅᑎᑦᓴᓂᒃ ᓄᓕᐊᑦᓂᑯᑦ ᖃᔪᐊᖅᓇᓐᓂᑕᐅᓄᑦ ᖃᓄᐅᖅᑎᔪᔨᐊᖅᑐᓂᒃᓇᔨᓂᖅᑐᒃ ᐊᓐᓂᐊᓕᖅᓇᑐᓂᓇᓐᓂᑕᐅᓄᑦ (ᐊᓐᓂᐊᓕᖅᓇᑐᓂᒃᓇᔨᓂᖅᑐᒃ ᐃᓚᖅᑎᑦ ᖃᔪᐊᖅᓇᓐᓂᑕᐅᓄᑦ ᐊᓐᓂᐊᓕᖅᓇᑐᓂᒃᓇᔨᓂᖅᑐᒃ, ᖃᓄᐅᖅᑎᔪᔨᐊᖅᑐᓂᒃᓇᔨᓂᖅᑐᒃ ᑐᑭᔪᒪᐅᑎᑦᓴᓂᒃ ᐊᓐᓂᐊᓕᖅᓇᑐᓂᒃᓇᔨᓂᖅᑐ

ᐊᐅᓚᑦᓴᓂᓇᓂᒃᑯᑦ ᑐᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᒋᐊᓯᒪᔪᓂᒃ ᐅᑯᓇᖅᑐᑦ MedEcho, ᐃᓄᐃᒍᓐᓂᓴᒪᔪᓄᑦ, ᐃᓄᓕᖅᓴᒪᔪᓄᑦ, ᓄᓕᐊᖅᓂᑯᑦ ᖃᐅᔨᓴᓇᖅᑐᑎᓇᓄᑦ, ᐊᓴᖅᓯᒪᓐᓄᓗ.

ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐸᖅᓇᓴᒪᐅᑎᖅᓯᒪᑦ ᑲᒪᓇᓴᓐᓂᓗᑦ ᖁᓄᐃᖅᓯᓴᐅᓕᖅᓂᓕᓇᓂᐅᑦ ᖁᓄᓄᓕᖅᑲᓕᖅᓂᖅᓄᑦ

ᐱᓇᓴᐊᖁᑎᖁᓴᑎᒃ INSPQ-ᑯᓂᒃ, ᖁᓄᐃᖅᓯᓴᐊᖅᓂᓕᓇᓂᓲᑦ ᐱᓇᓴᐊᖅᐸᖅᓄᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᓴᑎᑦᓇᓕᐅᔨᔪᖅᓄᒃ ᓴᖅᓯᓕᐸᖅᓄᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᖁᓄᐃᖅᓯᓴᐊᖅᓂᓕᓇᓂᓐᓂᑯᑦ ᖁᓄᐅᒪᔭᐅᔪᑎᑎᒍᓐᓂᒃᑐᓂᒃ ᐅᑭᐅᖁᓄᒃᑎᒍᓐᓂᒃᓴᖅᓯᓂᒃ ᒪᓕᓴᓴᓂ. Ċᐅᑯᐊ ᐊᖅᑭᓴᓴᑕᐅᒪᒍᔪᓴᖅᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᓴᑎᑦᓇᓕᐅᔨᔪᖅᓄᑦᑯᑦ ᖁᓄᐃᖅᓯᓴᐅᓕᖅᓂᖅᓄᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᓴᑎᑦᓇᓕᐅᔨᔪᖅᓄᒃ ᑕᑯᑎᓴᓴᒪᐅᔪᓐᓇᖅᓯᓂᒃᓄᓗ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦᑎᐅᑯᓇᓕᖅᓂᓕᓇᓂᓐᓂᓗ ᐊᖅᓚᓗ ᐊᓴᖅᓯᓂᒃᓄᓗ ᑯᐯᖅᑎ ᐊᖅᓚᓗ ᑲᓇᑕᐅᑦ ᐃᓄᐃᓐᓇᓴᑎᑦᓇᓕᐅᔨᔪᖅᓄᑦ. Ċᐅᑯᐊ ᑭᖑᓂᓕᓴᒥ ᑲᑎᑎᖅᑐᑦ 2011-ᒥ. Ċᐅᑯᐊ ᐊᖅᑭᓴᓴᑕᐅᔪᓴᖅᓂᑦ ᑭᖑᔪᓕᐊᖅᑕᐅᒪᓕᕆᔨᑕᐅᓴᖅᑎᑦᓴᒪᓂᖅ, ᐊᑦᓕᓴᒪᔨᑎᐊᓕᑦ ᓄᐃᑎᑦᑕᐅᖅᑲᑦᑕᓕᑦᑐᓂᑦ ᖁᓕᓐᓄᑦᑯᓗ ᓄᐃᑎᑕᐅᓴᐊᖅᑐᓂᒃ ᐊᖅᑭᓴᓴᑕᐅᔪᓴᖅᓂᒃ.

Ċᐅᑯᐊ ᓴᓐᓇᓕᐅᑦᓴᒪᓂᖅ ᐊᖅᑭᓴᓴᑕᐅᒪᓂᖅᑲᓕᖅᓂᑦ ᑕᑦᓕᒪᐅᓕᖅᑲᑦᓴᒪᓂᖅ ᒪᑯᓄᖅᑲ ᐃᓕᓐᓄᑦ: ᐅᑭᐅᖁᓄᑎᖁᓴᑎᐃᑦ ᖁᓄᐃᓕᖅᑲᓕᖅᓂᖅᑕᑦ, ᐱᐅᔨᓇᖅᐅᔨᔨᖅᔪᓕᕆᓴᑎᒃ ᐃᓅᔨᓇᖅᐅᔨᔨᖅᔪᓕᕆᓴᑎᓕᓐᓄᓗ, ᖁᓄᐃᖅᓯᓴᐊᖅᓂᓕᓇᓂᓐᓂᑯᑦ ᖁᓄᐃᓕᖅᑲᓕᖅᓂᖅᑕᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ. ᐃᓅᓚᖅᑕᑦᑕᓗ ᐊᑦᑎᖅᑕᓄᑦ, ᐊᖅᓚᓗ ᐃᓗᐊᒍᑦ ᖁᓄᐃᖅᓯᓴᐊᖅᓂᓕᓇᓂᓐᓂᑯᑦ ᖁᓄᐃᓕᖅᑲᓕᖅᓂᖅᑕᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ. Ċᐅᑯᓇᓂ ᒪᖅᑭᐃᓂᒃ ᑭᓯᐅᓕᖅᑲᓕᖅᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓴᐊᖅᑐᓂᒃᑲᓕᖅᓂᖅᓄᑦ, ᑌᐅᑯᐊᓗ ᖁᓄᐃᖅᓯᓴᐊᖅᓂᖅᑕᐅᓕᕆᓴᑎᒃ ᐊᖅᑭᓴᓴᑕᐅᔪᓴᖅᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦᑎᐅᑯᓇᓕᖅᓂᓕᓇᓂᓐᓂᑯᑦ ᐱᓇᓴᐊᖅᐸᖅᓄᑦ. ᐃᓄᐃᓐᓇᓴᑎᑦᓇᓕᐅᔨᔪᖅᓄᒃ ᐅᑭᐅᖁᓄᒃᑎᒍᓐᓂᒃᓴᖅᓯᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᓴᑎᑦᓇᓕᐅᔨᔪᖅᓄᒃ ᐅᑭᐅᖁᓄᒃᑎᒍᓐᓂᒃᓴᖅᓯᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᓴᑎᑦᓇᓕᐅᔨᔪᖅᓄᒃ ᐃᓅᔨᓇᖅᐅᔨᔨᖅᔪᓕᕆᓴᑎᓕᓐᓄᓗ ᐊᑐᐃᓐᓇᓴᑎᑦᓇᓕᐅᔨᔪᖅᓄᒃ ᐃᓅᔨᓇᖅᐅᔨᔨᖅᔪᓕᕆᓴᑎᓕᓐᓄᓗ ᐱᓇᓴᐊᖅᐸᖅᓄᑦ ᐊᖅᓚᓗ ᐱᓇᓴᐊᖅᑐᓂᒃᑲᓕᖅᓂᖅᓄᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᓴᑎᑦᓇᓕᐅᔨᔪᖅᓄᒃ ᐃᓅᔨᓇᖅᐅᔨᔨᖅᔪᓕᕆᓴᑎᓕᓐᓄᓗ ᐱᓇᓴᐊᖅᐸᖅᓄᑦ ᐊᖅᓚᓗ ᐱᓇᓴᐊᖅᑐᓂᒃᑲᓕᖅᓂᖅᓄᑦ.

ᐊᓴᖅᓯᓂᒃ ᓴᓇᓴᐊᖅᑕᐅᔪᓂᒃ

- ᓴᓇᓴᐊᖅᑕᐅᑎᐊᓕᓐᓂᒃ ᔭᕐᒥᑦᔨᐅᑎᐊᓕᓐᓂᓗ ᐃᓕᓐᓂᑯᑎᑦᓴᓂᖅᓄᑦ ᖁᓄᐃᖅᓯᓴᐊᖅᓂᓕᓇᓂᓕᒻᒧᑦ ᖁᓕᔨᑎᔨᐅᔪᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᖁᓄᐃᖅᓯᓴᐊᖅᓂᓕᓇᓂᓐᓂᑯᑦ ᐱᓇᓴᐊᖅᐸᖅᓄᑦ
- ᔭᕐᒥᑦᓗᓂᑦ ᐃᓕᓐᓂᑯᑎᑦᓴᓂᖅᓄᑦ ᐊᑦᑎᖅᑕᓄᑦ ᖁᓄᐃᖅᓯᓴᐅᓕᖅᑲᓕᖅᓂᖅᓄᒃ ᐱᓇᓴᐊᖅᑐᓂᒃᑲᓕᖅᓂᖅᓄᑦ
- ᑎᒍᓕᓂᓂ ᓄᐊᑦᓴᓂᓗ ᐃᓅᔨᓇᖅᐅᔨᔨᖅᔪᓕᕆᓴᑎᓕᓐᓄᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓕᓐᓄᓗ ᐱᓇᓴᐊᖅᑐᓂᒃᑲᓕᖅᓂᖅᓄᑦ ᐃᑲᔪᖅᑕᐅᔪᓂᐊᖅᑐᓂᒃᑲᓕᖅᓂᖅᓄᒃ ᐃᒪᓕᒪᓂᖅᓴᐅᓂᖅᓄᒃ.

ᖁᓄᐃᖅᓯᓴᐊᖅᓂᓕᓇᓂᑦ ᓇᓗᓇᐃᖅᓯᓗᓂᒃ

ᑌᒪᑦᓴᓇᓐᖏᑦ ᓯᓚᖅᑎᑕᐅᔪᓂᖅᓄᒃ ᐊᑦᕿᔪᖅᓄᒃ, ᖁᓄᐃᖅᓯᓴᐊᖅᓂᓕᓇᓂᓲᑦ ᐱᓇᓴᐊᖅᐸᖅᓄᑦ ᐃᓕᐅᖁᑦᑕᐅᓕᐅᖁᑦᑐᓂᑦ ᐊᒥᓱᓕᕆᔨᓂᖅ ᖁᓄᐃᖅᓯᓴᐊᖅᓂᓕᓇᓂᓐᓂᑯᑦ, ᐱᓗᐊᖅᑐᑦᑐᒥᒃ ᓂᑭᖁᓇᓂᖅᓯᓂᒃᑲᓕᖅᓂᖅᓄᒃ, ᓯᓚᖅᑐᓂᒃᑲᓕᖅᓂᖅᓄᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᓴᑎᑦᓇᓕᐅᔨᔪᖅᓄᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓄᐃᓐᓇᓴᑎᑦᓇᓕᐅᔨᔪᖅᓄᒃ ᐃᓅᔨᓇᖅᐅᔨᔨᖅᔪᓕᕆᓴᑎᓕᓐᓄᓗ ᐱᓇᓴᐊᖅᐸᖅᓄᑦ.

ᑭᐊᑐ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᓕᕆᔨᑦ ᑭᖑᑎᓴᕐᑐᐊᓱᖅᓯᓚᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ:

- ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᔪᓐᖏᖅᑎᓂᐅᒍ ᐱᐊᖏᑦᑐ ᑭᐃᓚᖅᑐᓄ ᐱᑭᓯᓪᓚᕆᐊᓕᖅᓯᓚᐅᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᑕᒻᒪᓂ ᐊᖏᖅᓯᒪᓕᕆᔨᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑐᑎᓪᓗᒥᑦ ᐱᓇᓱᐊᖏᓐᓄᐊᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑎᖃᖅᑐᑦᑕᕆᔨᑦᑐᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑐᑎᒃ ᐃᓱᒪᒋᔭᐅᔪᓐᓇᖅᑐᒃ ᓄᐃᑦᓱᒍᒪᔪᑦ ᐱᐅᓂᖏᓐᓄᑦᓱᓕᖅᑐᒃ ᐅᑭᐅᖅᑕᐅᓂᒃ ᓄᓇᕗᑦᓯᒪᓂᖅᑐᑦ ᑐᑭᓯᐊᓂᖅᑐᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᓪᓗ ᐃᓄᐃᑦᓯᐊᓂᖅᓯᒪᓕᖅᑐᒃ. ᑐᓴᐅᒪᑎᓪᓗᓯᓚᐅᕆᔨᒃᑯᑦ ᐅᑭᐊᖅᑎᑦᓯᐊᓂᖅ 2011-ᒥ. ᐊᑐᑎᔨᐅᑦᔨᓯᔭᐅᓪᓗᐊᑐᑦᖃᓚᐅᔨᔪᓐᓇᖅ ᑕᒪᓕᒫᓂᖅᑐᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑐᒥᑦ ᑕᒪᑦᔨᐊ ᐱᐊᖏᓕᖅᑎᓂᒃ ᐅᓪᓗᕈᓘᑉᑐᓂᖅ ᐱᐊᖏᓕᖅᑐᐊᓕᖅᑐᑦ ᐅᑭᐅᖅᑕᐅᓂᒃ ᐱᐅᓯᖅᑐᓂᒃ ᐃᓕᓴᐅᔪᓐᓇᖅᑐᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᓪᓗ ᐃᓄᐃᑦᓯᐊᓂᖅᓯᒪᓕᖅᑐᒃ. ᑐᓴᐅᒪᑎᓪᓗᓯᓚᐅᕆᔨᒃᑯᑦ ᐱᓇᓱᐊᖏᓐᓄᐊᖅᑐᑦ ᐊᑐᑎᔨᐅᑦᔨᓯᔭᐅᓪᓗᐊᑐᑦᖃᓚᐅᔨᔪᓐᓇᖅ ᑕᒪᑦᔨᐊ ᐊᖏᖅᓯᒪᓕᕆᔨᑦ ᐱᓇᓱᐊᖏᓐᓄᐊᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑎᖃᖅᑐᑦᑕᕆᔨᑦᑐᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑐᑎᒃ ᐃᓱᒪᒋᔭᐅᔪᓐᓇᖅᑐᒃ

- ᖃᐅᔨᓴᓪᑕᐅᔪᖃᕐᓂᖅ ᐱᓕᕆᔨᒋᑎᑎᐅᒋᐊᓐᓇᑐᐃᓐᓇᖅ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓂᖅᓯᒪᓐᓂᖅ ᐊᐅᓐ ᓄᓂᖅᒎᓕᕐᖃᓐᓇᔪᓂᖅ HIV: ᑐᑭᒋᐊᓕᑎᓯᑎᓐᓄᑦ ᓄᓇᕗᑦ Dr. Paul Brassard ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓯᐊᖃᑎᖃᕐᓂᖅ ᑕᒣᓂᖅ ᐊᓂᐊᐱᐃᓐᓂᖅ, ᐱᓕᕆᔨᒋᑎᑎᐅᒋᐊᓐᓇᑐᐃᓐᓇᖅᓯᒪᔪᖅ ᓄᐃᑕᐅᔨᓴᖃᓕᐅᔨᓴᒃᑯᓪ ᐅᑉᑦᑎᓄᓂ ᐱᓕᕐᓂᓯᑕᐅᒍᓐᓇᓕᕐᓂᖅᓯᒪᔪᖅ, 2012-2013-ᒥ, ᑐᑭᒋᐊᓕᑎᓯᒋᐊᓂᖅᓂ ᖃᐅᔨᓴᓱᑎᓕᓴᒪᓕ ᖃᓚᒋᑎᓕᓴᒪᓕᕆᔨ ᐊᐅᓚᓕᓴᒪᓕᕆᔨᓕᓐᓂᐊᓕ ᐊᐅᓐ ᓄᓇᓴᐅᓕᓂᖅᓯᒪᓐᓂᖅ HIV;

- ᐱᓱᓰᑦᑕᐅᑎᓕᓯᒋᐊᓂᖅ ᖃᐅᔨᓴᓪᓂᒥᓂ ᐱᓕᕐᓂᓯᑕᐅᑎᓕᓯᒋᐊᓂᖅ ᐃᓕᓴᕐᓯᑎᑐᒍᓪᓚᖃᓪᓗᑎᒥᓂ ᓴᓇᕐᑎᓂᓂ ᓄᓇᕗᑦᓂᓂᑯᓘᓐᓃᑦ ᐊᐅᓱᑎᓕᓯᒋᐊᓂᖅᓯᒪᔪᖅ ᓄᓇᐱᒻᒪᕆᐊᓕ: ᓄᓇᓕᐅᔨᓴᒪᓕᕆᔨ ᓄᓇᕗᑦᓂᓂᑯᓘᓐᓃᑦ ᐅᐱᓂᖅᓯᒪᔪᖅ ᐅᖃᓕᒫᓂᖅ ᐊᓇᓯᐊᓂᖅᓯᒪᔪᖅ, ᓄᑦᓂᖅ ᓄᓇᕗᑦᓂᓂᑯᓘᓐᓃᑦ ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓂᖅᓯᒪᔪᖅ ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓂᖅᓯᒪᔪᖅ ᓄᓇᕗᑦᓂᓂᑯᓘᓐᓃᑦ

ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑎᓯᒍᑕᒍᔪᑎᑦᓴᓂ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑦ ᑎᑎᕋᓱᒃᑲᓪᓚᕆᐊᓘᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᓂᒃ ᓄᓇᕗᕐᓂᓄᑦ ᓂᕐᑭᓄ ᑐᖓᓯᒪᓂᖅᐳᑦ ᐊᑐᓕᖅᑎᑕᐅᓚᐅᖏᓐᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᒋᐊᓲᒋᑦᓯᑐᓄᑦ. ᐊᒥᓱᓂᒃ ᖃᓄᐃᓕᖅᓴᓯᒍᑕᒫᑦᓯᑐᓄᒃ ᑭᓕᖅᑲᑦᐱᒋᐊᖅᓴᓕᒻᒪᑉᓴᓕ: ᓂᑭᑐᐃᓐᓇᓐᓂᒃ ᐊᑐᑕᓯᒪᓕᒫᖅᑲᑦᑐᓂᒃᓴᓕᒻᒪᑉᓴᓕ, ᓄᓇᕗᓂ ᐱᑎᑕᐅᑦᓱᐊᖅᑲᑦᑕᓇᐊᖅᑲᑦᓴᓕᒻᒪᑉᓴᓕ, ᐱᑕᑦᔾᖃᓄᑦᑐᐃᓐᓇᓐᓂᒃ ᐅᓄᕐᓴᕐᓯᓕᒫᓂᒃᓴᓕᒻᒪᑉᓴᓕ, ᐊᑭᑐᔪᓂᓕᕆᓂᒃ ᐃᓄᒃᓴᓱᐊᕐᑎᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐊᓕᓴᕐᓂ ᐊᓱᓂᕐᓂᒃ.

ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᔪᒥᐅᒃ ᐃᓗᓐᓴᒍᑦ ᐱᐊᖏᐅᑦ ᐱᑭᑦᑕᓭᓂᖅᓴᓕᒻᒪᔪᒥᐅᒃ ᐃᓕᒥᓱᓕᑦ ᐅᓇᑦᓴᓕᑦ ᐊᓕᑦᑎᓂᒃ ISPEC-ᒥᒃ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᑦ ᑐᖓᓯᓚᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᓕᐅᒥᓂᐊᓇᐊᒥᐅᒃ ᐃᓕᐅᖅᓴᑕᐅᓂᖅᓴᕆᐅᓗᑎᓐᓗ ᖃᓄᐃᓕᖅᓴᓯᒍᑕᒫᑦᓯᓕᕆᓂᖅᓴᓕᒻᒪᔪᒥᐅᒃ ᐱᓇᓱᐊᖅᐱᓕᒃᑐᑦ. ᒐᖅᑯᐊ ᓚᖅᑭᐃᓐᓇᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᓕᖅᑐᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐊᑐᕐᓴᕐᓯᓕᒫᓂᒃᓴᓕᒻᒪᔪᒥᐅᒃ ᐃᓕᐅᖅᓴᑕᐅᓂᖅᓴᕆᐅᓗᑎᓐᓗ ᐱᓇᓱᐊᖅᐱᓕᒃᑐᑦ ᐊᑐᕐᓴᕐᓯᓕᒫᓂᒃᓴᓕᒻᒪᔪᒥᐅᒃ ᐃᓄᒃᓴᓱᐊᕐᑎᓂᒃ

ᐃᓄᐃᑦ ᐱᒻᒪᓇᖅᑯᑎᖅᑎᑦ ᐱᓇᓱᐊᓱᖅᓯᒪᓕ ᐱᓇᓱᑦᑕᖅᖢᓂᖅ

ᐅᖅᑲᐅᓱᑦᓴᖅᑎᑦ ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᓱᓱᐅᑦ

ᐊᖅᖁᒧᖅᑐᑦᑎᓂ 2011-2012, ᐊᒃᓕᐱᖅᑐᑦᑎᓂ ᐊᒥᓱᓕᒃᓕᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᓇᖅᑲᖅᑕᒪᔨᐅᑉᑐᑦᑐᐃᓐᓇᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᖅᑲᑎᑦ ᓇᑯᓱᓂᓗ ᐊᓱᐃᒃᓇᓱᑎᐅᒻᒪᒃᓪᓗᑕ. ᐱᓇᓱᑦᑎᑦᓭᕐᓇᓱᓕᐅᓱᐊᒍᑦ ᓱᑕᒪᒥᐊᒃᓴᓂᖅᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᓭᒻᒪᓴᖅᑐᑦ ᐃᓱᐊᖅᑎᖅᓯᐅᒍᒪᔪᓴᖅᑐᑦᑐᐃᓐᓇᑦ ᐃᓕᓴᒃᓂᐊᖅᑎᑎᑕᐅᓴᖅᑐᑦᑐᐃᓐᓇᑦᓂᒃᑲᓐᓂᖅᓴᖅᑐᑦ. ᐊᖅᖁᔨᓴᒃ ᓄᓇᓕᒫᓂ, ᐃᓕᓴᒃᓂᐊᖅᑎᑎᑕᐅᓴᖅᑐᑦᑐᐃᓐᓇᑦᓂᒃᑲᓐᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᑐᓴᒪᓕᒫᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᓄᓇᕗᑦᑐᓱᓕᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᑐᑦ ᐊᖅᑐᓕᕆᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᓄᓇᕗᑦᓯᓂᑦ 14ᓄᑦ ᑐᓴᖅᑎᓱᓕᖅᑐᓴᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᒃᓂᐊᖅᑎᑎᑕᐅᓴᖅᑐᑦᑐᐃᓐᓇᑦᓂᒃᑲᓐᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᐃᓕᓴᒃᓂᐊᖅᑎᑎᑕᐅᓴᖅᑐᑦᑐᐃᓐᓇᑦᓂᒃᑲᓐᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᐃᓕᒥᐃᓐᓇᖅᑐᓂᑐᐃᓐᓇᖅᓯᒪᔪᓴᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᑐᑦ ᐅᑭᐅᖅᑕᕐᓂᖅᑐᑦᑐᐃᓐᓇᑦᓂᒃᑲᓐᓂᖅᓴᖅᑐᑦ, ᐃᓱᓕᓴᒃᓂᐊᖅᑎᑎᑕᐅᓴᖅᑐᑦᑐᐃᓐᓇᑦᓂᒃᑲᓐᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᓴᓇᔨᓴᒃᑲᖅᓯᒪᔪᓴᖅᑐᑦ ᐱᒋᐊᖅᑕᐅᓂᖅ 19ᒥ, 2012. ᑕᕐᓄᒻᒥᐃᓐᓇ ᑭᓱᐊᓂᕐᓱᐊᑦ ᐃᓕᓴᒃᓂᐊᖅᑎᑎᑕᐅᓴᖅᑐᑦᑐᐃᓐᓇᑦᓂᒃᑲᓐᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᐱᐱᓴᒃᑲᓴᖅᓯᒪᓕᒃ ᐃᓕᓴᒃᓂᐊᖅᑎᑎᑕᐅᓴᖅᑐᑦᑐᐃᓐᓇᑦᓂᒃᑲᓐᓂᖅᓴᖅᑐᑦᑐᐃᓐᓇᑦᓂᒃᑲᓐᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᒃᓂᐊᖅᑎᑎᑕᐅᓴᖅᑐᑦᑐᐃᓐᓇᑦᓂᒃᑲᓐᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᒃᓂᐊᖅᑎᑎᑕᐅᓴᖅᑐᑦᑐᐃᓐᓇᑦᓂᒃᑲᓐᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᐃᓕᒥᐃᓐᓇᖅᑐᓂᑐᐃᓐᓇᖅᓯᒪᔪᓴᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᑐᑦ ᐅᑭᐅᖅᑕᕐᓂᖅᑐᑦᑐᐃᓐᓇᑦᓂᒃᑲᓐᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᒃᓂᐊᖅᑎᑎᑕᐅᓴᖅᑐᑦᑐᐃᓐᓇᑦᓂᒃᑲᓐᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᐃᓕᒥᐃᓐᓇᖅᑐᓂᑐᐃᓐᓇᖅᓯᒪᔪᓴᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᑐᑦ ᐅᑭᐅᖅᑕᕐᓂ

ᐃᖅᓯᓱᓂᔨᓴᖅ

ᓱᑕᒪᐅᕐᓂᑦ ᐃᖅᓯᓱᓂᔨᐸᑦ ᓄᓇᐱᒻᒋᑦᑐᑦ. ᐱᖓᓱᓱᑦ ᑕᓱᐅᔭᖅᓴᓱᐊᑯᓱᓂᓱᐅᓚᖅᑐᑦᑐᑦ, ᐃᓄᓐᓴᓱᑦ, ᐳᐱᖓᓐᓂᐊᕐᓂᖅ; ᓱᑕᒪᑦᑕᖓᓕᑦ ᐅᖓᓯᓱᑦᑐᑦ ᐊᐅᓱᐊᓂᕆᐊᖃᖅᑐᓂᓕᒍ, ᑲᑦᓴᓱᑦ.

ᐊᖏᕐᒧᖓᓕᒫ 2011-2012, 80ᐱᓚᖅᑐᑦ ᐃᓄᓕᖅᑕᐃᓚᖅᑐᑦ ᐅᖓᓯᓱᑦ 125ᖅᒧᑎᖅᓴᓕᑦ ᐃᓄᓕᖅᑕᐃᓚᖅᑐᑦ ᑕᓱᐅᔭᖅᓴᓱᐊᑯᓱᑦ.

ᐊᐅᔭᖅᓯᓕᒫ 2011, ᐅᖓᓯᓱᑦ ᑐᓪᓴᑕᒪᓐᓇᑦ ᐋᑉᓂᐊᓱᐅᔭᖅᓂᓪᓕᓇᓐᓇᑦ ᑐᓴᖅᑎᐅᐱᑦᓴᖅᑎᑦ ᓴᓇᓱᓴᐱᓂᓕᖅᑐᑦ. ᑐᑭᒋᓱᑎᑦ ᐊᓂᔪᖅᑎᑦᑕᐅᓕᐅᖅᓴᓱᐊᑯᓱᑦᑐᓂᓕᒍ ᐊᐅᔭᖅᑎᑦᑕᐅᓕᓴᓂᐊᓂᕆᐊᖃᖅᑐᓂᓕᒍ ᑐᓴᖅᑎᐅᐱᑦᓴᖅᑎᑦ 2010 ᓄᑕᐅᓱᓪᓕᑦᑎᑦᑕᐅᓴᓂᐊᓂᕆᐊᖃᖅᑐᓂᓕᒍ ᑐᓴᖅᑎᐅᐱᑦᓴᖅᑎᑦ ᐃᓄᓱᓱᑦᓯᐱᓐᓇᖅᓯᑦᑕᐅᓂᐊᓂᕆᐊᖃᖅᑐᓂᓕᒍ ᐅᖓᓯᓱᑦᓯᐱᓐᓇᖅᓯᑦᑕᐅᓂᐊᓂᕆᐊᖃᖅᑐᓂᓕᒍ, ᐃᓄᓱᓱᑦᓯᓂᖅᓯᒪᔪᓐᓇᖅᑐᓂᓕᒍ ᐃᓕᓴᖅᓂᖅ ᓂᕆᑐᐊᓱᑦᑐᓂᓕᒍ ᓇᓱᒪᖅᑕᓕᖅᓴᓂᐊᓂᕆᐊᖃᖅᑐᓂᓕᒍ.

ᐃᓄᓱᓱᑦᓯᓂᖅᓴᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑦᑕᐅᑦ ᐅᑎᖅᓴᖅᑎᑦᑕᐅᑦ ᓴᓇᖅᓴᖅᑎᑦᑕᐅᑦᑐᓂᓕᒍ ᑕᓯᐸᐅᓱᐊᑯᓱᓂᓕᒍ ᓴᖅᓯᓂ.

ᐃᓄᓱᓱᑦᓯᓴᐅᑎᐅᑦᓴᖅᑐᑦ ᐱᓕᕆᓴᓯᒪᓕᓴᑐᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᓕᖅᑎᑦᑕᐅᓂᐊᓂᕆᐊᖃᖅᑐᓂᓕᒍ ᐊᖏᖅᑎᑦᑕᐅᑎᐊᖅᑎᖅᓴᓂᐊᓂᕆᐊᖃᖅᑐᓂᓕᒍ *Order des sages-femmes du Quebec* [ᐊᐱᐊᖅᑎ ᐃᓄᓱᓱᑦᓯᓴᐅᑎᐅᖅᓴᓂᐊᓂᕆᐊᖃᖅᑐᓂᓕᒍ). ᐳᓚᖅᑕ ᐃᐳ ᓴᐊᓂ ᓯᑐᓗᓕᒥ ᐱᑭ ᔪᐃᐅᓐᓄᓕᒥᓪ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑦᑕᐅᓴᖅᑐᑦᓴᖅᑐᑦ ᓇᑦᑕᓱᐊᖃᓕᓴᐅᑎᐊᖅᑎᓂᓕᓴᐅᑎᐊᖅᑎᓂᓕᒍ. ᐊᖏᖅᑎᑦᑕᐅᓴᖅᑐᑦ ᐃᓄᓱᓱᑦᓯᐱᓕᒻᒥᓄᓇᓕᓴᐅᑎᐊᖅᑎᓂᓕᒍ ᑕᓱᐅᔭᖅᓴᓱᐊᑯᓱᑦ ᐅᖓᓯᓱᑦᓯᐱᓐᓇᖅᓯᑦᑕᐅᓂᐊᓂᕆᐊᖃᖅᑐᓂᓕᒍ ᐱᐃᖅᑎ

ᐃᓕᓐᓄᐊᓴᖅᑎᑕᐅᖅᑲᓕᑕᐅᖅᑐᐊᓘᓄᓴᖅᓄᖅ ᐃᓕᖅᑭᓐᓄᓪᓗ, ᐱᓗᐊᖅᑐᒥ ᐃᒪᒥᔪᑦ ᐃᖅᑲᖏᑐᐃᓚᒋᔭᐊᖅᑎᑦᑐᐃᑦ ᑕᖅᑭᐅᔾᖅᓚᔪᓄ ᖃᖅᔪᓄ.

ᐃᓄᐃᑦ ᑎᒍᐊᑭᓯᑐᖅᑭᑦ

ԃᐱᐊᖅᒥ ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᑎᑦᑐᑦ ᑎᒍᐊᑭᑎᑐᑐᖅᑲᓕᕐᓂᒍᐊᖅᓚᔪᓄᖅ, ᐱᖅᖅᒍᑕᐅᓄᑦᓱᑎᓄ ᒥᓄᑦᑕᖅᓚᓄᑦ ᐃᖅᑲᖏᐃᔪᓕᕐᓂᓄᑦᒍᑦ ᐊᒻᒪ ᒥᓄᑦᑕᖅᓚᓄᑦ ᐃᓗᓱᓕᕐᓂᓄᑦᒍᓗ, ᐃᐃᒐᖅᒥᐊᖅᑎᓴᓇᑎᑦᓄᐊᓱᓄᖅ ᐃᓄᑦᓕᒥᐊᑦᓱᐊᑎᓄᖅ ᐃᓄᑦᓕᓱᐊᑎᑦᑐᓴᖅᑐᑦ ᐱᑦᓗᒥ ᑎᒍᐊᑭᓱᐊᑦᑐᑦᑐᓗ ԃᐱᐊᖅ ᐱᑦᔪᖅᑦᑎᒍᑦ, ᓇᐅᓕᓄᖅ ᑐᓴᖅᑎᓱᒍᓕᕐᓂᖅᑐᖅ ᒪᓄᓱᒥᐊᐱᑦᑐᑦ. ᐱᓇᓱᐊᑭᓱᐅᓕᐅᖅᑐᓗ, ᑐᓴᖅᓕᐱᑎᑕᐅᒪᓕᖅᓱᒥᓗ ᐱᑦᔪᖅᖅᔨᑎᑕᐅᒪᓕᖅᓱᒥᖅᓄᑦ ᑎᒍᐊᑭᓱᓄᓇᔪᖅᓄᑦ ᒪᓄᓱᐅᓴᖅᑎᑎᐊᖅᓱᓕᓂ ᐅᐱᖅᓄᐊᖅᓱᖅᑎᑎᐊᖅᓱᓕᓂ; ᑭᓱᐊᓄ, ᒥᓄᑦᑕᖅᓚᑦ ᐃᖅᑲᖏᐃᔪᓕᕐᓂᓄᑦᒍᑦ ᑐᑭᑦᓱᑕᐅᓕᐅᑦᓚᑦ ᒪᓄᓱᐅᓕᐅᖅᑐᖅᓄᖅ ᑲᑎᒪᓄᑦᑕᐅᓕᐅᖅᑐᓄᓇᒍ. ᐱᖅᔪᖅᓴᓕᐅᖅᑐᓚᑦ ᑎᒍᐊᑭᓱᐊᑦᑐᑦᓯᑐᓗᑐᖅ ᐅᓂᖅᑐᐊᖅᑐᓚᑦ ᑎᒍᐊᑭᓱᐊᑦᑐᑦᓯᑐᓗᑐᖅᓄᖅ ᐅᓂᖅᑐᐊᖅᑐᓚᑦ ᐃᓄᑦᓕᓱᐊᑎᑦᑐᓴᖅᑐᑦ ᐃᓄᑦᓕᓱᐊᑎᑦᑐᓴᖅᑐᑦᓗ ᐃᓄᐃᑦ ᑎᒍᐊᑭᓱᐊᑦᑐᑦ ᐃᓄᑦᓕᓱᐊᑎᑦᑐᓴᖅᑐᑦ

ᐅᓇ ᑕᐃᒃᓴᐅᑎᑦᓱᓪᓛᑦ ᖃᓄᓂᑦ ᑭᓇᐅᔭᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᓐᓂᒪᖅᓯᒪᓕᖅᑕ ᓄᓇᕗᓐᓂ ᐊᑐᓂ ᐱᒋᐊ ᑎᓗᒍ ᐊ ᖁᔭᓕᓇᐅ ᑕᕐᓂ 2011-12 ᖃᓄᓱᓗᑐᐃᓐᓗ ᐊᑐᖃᐅᔾᔨᓂᒪᖅᓯᒪᓕᖅᑕ.

ᓄᓇᕗᒻ	ᑭᓇᐅᔭᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᓂᑦ	ᑭᓇᐅᔭᑦ ᐊᑐᖃᕐᓂᑦ
ᐊᑯᓕᕆᒻ	$48 272	$74 877.16
ᐊᐅᔪᓗᒻ	$29 308	$23 000.00
ᐃᓄᒃᓴᐊᖅᖃᖅ	$104 302	$124 190.25
ᐃᕐᓗᕆᕆᒻ	$38 790	$75 660.02
ᑲᖏᖅᓱᐊᓗᓪᓴᐊᖅᖃᖅ	$66 374	$100 474.00
ᑲᖏᖅᓱᓴᐊᖅᖃᖅ	$50 858	$69 390.00
ᑲᖏᖅᓱᓕᒻ	$48 272	$23 100.00
ᒋᓪᓴᐊᖅᖃᖅ	$118 956	$236 604.03
ᒋᓪᓴᐊᖅᑭᐱᒻ	$55 168	$0.00
ᕿᕆᖅᓂᑐᖅᖃᖅ	$106 026	$69 075.00
ᖃᐊᖅᑕᖅᖃᖅ	$37 066	$9 600.00
ᓴᓪᓗᐃᐅᒻ	$88 786	$97 411.37
ᑕᓱᐅᔾᖃᖅ	$31 894	$0.00
ᐅᒥᐅᔾᖃᖅ	$37 928	$30 892.00
ᓄᓇᓕᒋᓄᐊᖅᓴᓴᐃᓪᓚᐅᓴᓪᓗᒻ ᐱᓇᓱᐊᒃᓴᓪᓗᒻ	$35 000	$0.00
ᑲᑎᓕᒋᓕᕐᓂᒻ	$895 271	$930 271.00

ᑕᐃᓕᓱᒍ ᑕᐃᒃᓴᐅᑎᑦᓱᓪᓛᖅᖃᖅ, ᐃᓕᓴᖅᑕᑦ ᓄᓇᓕᑦ ᑭᓇᐅᔾᔪᑑᓂᐊᓕᓕᒫᓕᒥᑕ ᐅᖃᓕᒋᓄᑦ ᐊᑐᔪᑑᓂᕐᓗ. ᑕᒪᓐᓇ ᑌᒧᓕᖏᐊᔪᖅᓱᖅ ᓴᓄᐊᓇ 15ᖃᓚᔨᑐᐊᖅᓴᒪᑦ ᐊᖅᖁᔭᑕᒫᑦ, ᐊᒥᐊᐅᓂᒫᑦ ᑭᓇᐅᔭᑦ ᐱᓪᓕᐊᓂᓄᑦ ᓄᓇᕗᓐᓂ ᐅᑎᖅᑎᑕᐅᓯᒪᓕᒃᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᓐᓂᒪᖅᓯᒪᓕᖅᑕ ᓄᓇᕗᓐᓄᑦ ᑐᑭᓯᐅᑎᓕᐅᔪᓐᓇᐅᑎᑕᐅᓐᓂᒪᖅᓯᒪᓕᖅᑕ. ᓯᑐᓂᖅᓴᖃᓯᐅᓕᕆᔨᑎᑦ ᑭᓇᐅᔭᑦ ᐊᑐᖅᑕᐅᑭᓐᓇᖅᓯᒪᓕᖅᑕ ᓯᖅᓴᓗ ᓄᓐᔪᑕᐅᓯᓯᐅᓕᒫᓕᒃᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᓐᓂᒪᖅᓯᒪᓕᖅᑕ.

ᐱᓇᓱᐊᓕᖅᓴᖅᔪᖅᑕᐅᑭᓐᓇᖅᓯᒪᓕᖅᑕ ᐊᖅᑭᖅᑕᐅᑭᓐᓇᖅᓯᐅᑦᑐᖅᑕ ᐅᑯᐊ ᓇᓪᓕᑐᐃᓐᓇᖅᓯᖅᓄᓐᓄᑦ ᓄᓇᕗᓐᓂᒪᖅᓯᒪᓕᖅᑕ:

- ᐃᓴᒪᓕᕆᓂᖅ;
- ᖃᓄᐃᖅᑎᓴᒪᓴᐊᓴᖅᑎᑎᑕᐅᓂᖅᑎᑦ ᐱᐊᔪᑦ
- ᐊᖅᖢᓴᖅᑎᓴᑦᑐᓕᓂᓐᓂᑦ
- ᐱᐊᕐᕕᑦ ᐱᑭᖅᑕᓕᐊᓂᖅᑎᑦ
- ᖃᑐᖅᖢᑎᑕᐅᑦᑕᓂᓐᓂᑦ.

ᐱᓇᓴᐊᒪᑦᓴᖅᔪᖅᑕᐅᔪᓚᓴᓕᒫᑦ ᐃᓕᓴᒥᒃᑕᐊᓂᑦ ᑲᑎᒪᐱᒃᓂᑦ ᑐᑭᒋᑭᑎᓕᐊᕐᓂᖅᓱᓂᒃ ᓴᓴᓂᐅᐃᓴᓴᒥᒃ ᓄᓇᕗᒻᒧᑦ ᑕᒪᓕᓇ ᐱᓇᓴᐊᒪᑦᓴᖅᔪᖅᑕᐅᑭᓚᐅᒃ ᔪᐳᒻᒥᔅᑐᑭᓴᓕᒫᖅᓱᒪᑦ. ᐊᒪᓕᓚᖅᓴᐅᓂᒃ, ᐃᓄᐃᑦᑐᖅᓯᒪᓂᖅ ᐃᓕᓴᒥᒃᑕᐊᓂᑦ ᐱᓇᓴᐊᒪᑦᓴᖅᔪᖅᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒧᑦ. ᑐᖓᔪᓂᖅᓴᓕᒫᖅᓱᓂᒃ ᐱᐃᓕᓴᖅᑎᑎᑕᐅᓂᖅᑎᑦ, ᐃᓄᐃᑦᑐᖅᓯᒪᓂᖅ ᐱᓇᓴᐊᒪᑦᓴᖅᔪᖅᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒧᑦ. ᑐᖓᔪᓂᖅᓴᓕᒫᖅᓱᓂᒃ ᐱᐃᓕᓴᒥᒃᑕᐊᓂᑦ ᐃᓄᐃᑦᑐᖅᓯᒪᓂᖅ ᐱᐃᓕᓴᒥᒃᑕᐊᓂᑦ ᓄᓇᕗᒻᒧᑦ. ᐃᓅᓴᖅᓯᒪᓕᐊᓕᖅᓴᓕᒫᖅᓱᓂᒃ ᐃᓕᓴᒥᒃᑕᐊᓂᑦ ᓄᓇᕗᒻᒧᑦ ᐱᐃᓕᓴᒥᒃᑕᐊᓂᑦ ᓄᓇᕗᒻᒧᑦ ᐃᓕᓴᒥᒃᑕᐊᓂ

- ᐱᔭᑦᑕᐃᐅᓗᓂᒃ ᖃᓄᐃᖅᑭᓱᐊᓕᐊᖅᑐᓂᓱᖅᓄᓂᑦ ᐃᓗᓱᓕᓕᖅᓄᓗ ᓄᓇᓕᒻᒧᓗ;
- ᓇᓗᓴᖅᓱᖅᐅᓗᓂᒃ ᖃᓄᐃᖅᖅᑭᓱᐊᓕᐊᖅᓴᓄᐊᖅᓴᓕᓂᒃ ᐃᓗᓱᓕᓕᓂᓴᓄᐊᖅᓴᓕᓂᓗ ᑭᖅᖅᔪᒪᓕᕆᔨᐅᐊᓂᒃ ᐱᓴᓕᓕᓱᐊᓕᐊᖅᑐᓂᓗ ᓄᓇᓕᓐᓂ;
- ᖃᓄᐃᔭᐃᖅᑲᖅᑎᐅᓗᓂᒃ ᓇᐅᓕᒧᓂᒃ ᑎᒥᐅᐊᓂᓗ ᓴᐱᑦᓱᓇᓱᐊᓕᐊᖅᑐᓂᑦ ᐊᓕᓗᑦᓱᑎᐅᐅᔪᓴᖅᑐᓂᒃ ᐱᓕᓗᑦᓱᓕᓕᓱᐊᓕᐊᖅᑐᓂᓕᓗᓂ;
- ᐃᓕᐅᕐᓗᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᒪᑦᓴᖅᔪᑦᑕᐅᒪᔨᓂᒃ ᐱᐅᓱᔨᒥᑎᑦᓱᒪᓱᐊᓕᐊᖅᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᖅ ᖃᓄᐃᖅᖅᑭᓱᐊᓕᐊᖅᑐᓂᓱᖅᓄᓂᖅᓱᖅᓂᓕᓗᓂ ᐃᓗᓱᓕᓕᓂᓴᓄᐊᖅᓴᓕᓂᓗ;
- ᓄᓇᓕᖅᓂᒥᐅᐅᓂᒃ ᑐᓴᖅᑎᓱᔨᐅᐅᓗᓂᑦ ᓇᐅᓕᒻᒥᓇᐊᖅᓴᓕᓂᒃ ᐃᓗᓱᓕᓕᓂᓴᓄᐊᖅᓴᓂᒃ ᖃᓄᐃᖅᖅᑭᓱᐊᓕᐊᖅᓴᓕᓂᓱᖅᓄᓂᖅᓱᖅᓂᓕᓗᓂ ᐃᓗᓱᓕᓕᓂᓴᓄᐊᖅᓴᓕᓂᓗ ᐃᓗᖅᓇᒍᓗᓂ;
- ᐱᑐᑎᓱᔨᐅᐅᓴᖅᓂᓗᓂᒃ ᓄᓇᓕᒥᒥ ᑎᒥᐅᔨᓄᐊᖅᓂᑦ ᓄᓇᓕᖅᓂᓇᑐᓂᑦ ᓱᓕᒋᓂᓗ ᐃᑲᔪᖅᓯᐅᓄᐊᖅᓴᓕᓂᒃ ᐱᓕᓗᑦᓱᓕᓕᓱᐊᓕᐊᖅᑐᓂᓱᖅᓄᓂᖅᓱᖅᓂᓕᓗᓂ.

ᑕᒪᓐᓇ ᐊᓂᓱᖅᓄᓂᖅᓱᖅᓂᓕᓗᓂ, ᐊᓱᐊᖅᓇᓕᓱᓂᒃ, ᐊᓂᓱᖅᓄᓂᖅᓱᖅᓂᓕᓗᓂ

ᓂᔨᐅᓂᖏᑐᑎᒍᑦ ᐊᖏᖏᒍᑎᒋᔭᐅᓂᒃ ᓴᖅᑭᑦ ᓄᓇᓖᑦ ᑲᑎᕕᐅᕙᓚᐅᖏᓐᓂᖅᓴᖅᑭᑦ ᐊᖑᒻᒪᓕᒫᓂᔨᐅᒻᒥᓂ.

ᐊᐅᓕᑦᓯᓕᓂᓂᖅᑎ ᐱᔪᑦᔨᕕᖅ

ᑐᑭᔪᐊᑦᑎᓯᔨᐅᑦ ᑐᓴᖅᑎᓯᐅᑎᖅᑕ

ᒋᐧᓇ ᐊᖏᔪᖅ ᐱᒋᐊᖅᓴᐅᑎᖅᑲᓕᐅᖅᑐᑐᖅ ᓯᑐᑦᓕᕐᓂᖅ ᐊᑦᓕᓯᒪᓴᖅᔪᐃᐃᓂᖅᒋᒃ ᓄᓇᓕᓕᒋᓂ ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᓴᓕᑦᑐᐃᑦ ᐊᑦᓕᑕᐅᒪᐅᑎᖅᓴᖅᑎᓂᖅ 2009-2016-ᔪᓕᖅᓴᓴᖅ. ᒋᐧᓄᐊ ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᓴᓕᑦᑐᐃᑦ ᕿᖅᐃᐃᑕᐅᒪᐅᑎᖅᑎᓯᑕ ᐊᑐᖅᑕᐅᓴᓕᑦᑐᐃᓯᑎᒃ ᐊᖅᕆᖅᓴᓄᓂ ᕿᖅᑎᖅᑎᑎᔪᓯᑎᒃ. ᑕᒃᓄᐊ ᐊᑐᖅᑐᑦ, ᑭᖅᔪᒪᓇᖅᓴᓕᓂᒃᓴᓂ ᐊᑦᓕᓯᒪᓴᖅᔪᑎᑎᑕᐅᒪᓇᓕᑦᑐᑦ ᑭᓇᐅᑦᓴᖅᓇᐊᖅᓴᓂᔪᑦ ᑭᓇᐅᑦᓴᖅᓇᐊᖅᓴᓂᔪᑦᓗ ᐊᒪᓕᓗ ᐱᖅᓄᒪᓕᓇᖅᓴᖅᓇᐊᖅᓴᓂᔪᑦ. ᐃᑦᓗᓴᐅᑎᑦ ᐃᐅᔪᐅᓴᖅᑎᑕᐅᓴᖅᓴᓂᔪᑦ ᐊᑦᓕᓯᒪᓴᖅᔪᑎᑎᑕᐅᓴᖅᓴᓂᔪᑦᓗ ᐱᓕᐅᐅᖅᓴᖅᓇᐊᖅᓴᓂᔪᑦ ᐱᓕᐅᐅᖅᓴᖅᓇᐊᖅᓴᓂᔪᑦᓗ ᐊᒪᓕᓗ ᐱᖅᓄᒪᓕᓇᖅᓴᖅᓇᐊᖅᓴᓂᔪᑦ. ᐃᑦᓗᓴᐅᑎᑦ ᐃᓄᐃᑦᓴᖅᓇᐊᖅᓴᓂᔪᑦ, ᐊᑦᓕᓯᒪᓴᖅᔪᑎᑎᑕᐅᓴᖅᓴᓂᔪᑦ ᐱᓕᐅᐅᖅᓴᖅᓇᐊᖅᓴᓂᔪᑦ

ᑲᑎᓂᐊᓂᕆᓂᖅᓯᒪᑦ ᐃᓄᓐᓴᕆᓂᖅᓯᓕᓪ ᐱᔪᓐᓇᖅᓱᖏᓪᓕᓕᒫ ᐊᖏᑦᑐᖅᓯᒪᔪᑎᑎᓕᐅᕐᓴᐅᑎᒍᑦ ᐃᓐᓇᐃᓐ 2011-ᖏᔪᑎᑦᓕᔪ. ᐱᓇᓴᑦᑏᑦ ᐱᓇᓴᐊᖏᓪᓕᑦᓴᐊᓂᔨᖏᑕᓐᓄᑦ, ᐊᐅᓚᓴᓂᒃᔨᑦ ᐱᔪᓐᓇᓂᒍᑦ ᒋᑦᓴᒥᖏᓗ ᐊᖏᕐᕋᔪᑦᒥᒃ ᐱᓕᕆᔨᒪᓂᕐᓴᓚᐅᑦᑐᖅᑐᖏᓐᓄᑦ ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ ᑐᑭᓯᔪᓂᑦ ᐊᔪᕐᓇᖅᑐᑦ ᐊᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐊᔪᑦᑕᐅᓴᓂᑦᓴᓚᐅᖅᑎᑦᓯᓂᖅ ᐊᖏᕐᕋᔪᓂᑦ ᐱᓕᕆᔨᒪᓂᕐᓴᓚᐅᑦᑐᖅᑐᖏᓐᓄᑦ ᐊᐅᓚᓴᓂᒃᔨᑦ ᐃᓄᓐᓇᓂᖅᑎᓕᓪᓚᕆᐊ

ᑭᓇᐅᔭᖏᓂᖅ ᐱᐃᐅᖏᖅᑕᓚᐅᖏᑦᑐᑦ

ᓄᓇᓕᓚᓂᒃ ᑐᖁᖓᑦ (ᑐᖏᖅᑕᑦᐃᖅ)

ᑐᖏᖅᑕᑦᐃᖅ ᐊᖑᓕᔾᔪᑎᖅᑲᓕᔪᑦ ᑭᓇᐅᔭᖏᑐᑎᖅᑲᓂᖏᓂᐊᑎᒋᓚᑦ $140 ᒥᓕᐅᖅᓂᖅ ᓄᓇᐃᒪᒍᑦ 2011-2012-ᒥ ᐃᓚᐅᑎᖅᓇᑦ ᐱᔪᑦᔨᐃᖅᑐᖅᓯᒪᔪᑦ ᑭᖑᓪᓗᑎᒃ 2011-2012-ᒥ, ᑐᖏᖅᑕᑦᐃᐊᑦ ᐅᓄᕐᓗᒥᐊᓚᐅᖏᑦᑐᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑐᖁᖓᑦᓯᖅᓂᖅ $9.2 ᒥᓕᐅᖅᓄᑦ ᐊᐅᒍᑦ ᐸᖑᓇᐅᑕᐅᒪᐅᑎᐅᑦ. ᑕᒪᒥᐅᒃ ᑲᖅᓂᐊᐃᒪᒪᓕᒃᑲᒃ ᐃᓕᓚᓚᐅᖏᑦᑐᒃ ᑭᓇᐅᔭᖏᑐᑎᖅᑲᓂᖏᓂᖅ ᐊᖑᓪᓗᑎᒃᓴᓂᓄᑦ ᑐᖁᖓᑦᓯᖅᓂᖅ ᐅᓕᕐᓂᐅᔪᓂᓚᓂᖅ. ᓄᓇᓕᓕᒫᒪᔪᑦ ᑐᖁᖓᑦ ᐊᐅᔪᐅᓚᐅᖏᑦᑐᑦ ᐃᒣᓚᖅᓱᒪᓂᓚᓂᖅ:

2011-2012 ᐊᐅᔪᑕᐅᔾᔨᑦ	$ ᒥᓕᐅᖅᓄᑦᑎᔪᑦ
ᑎᒥᐅᔾᔨᐃᑦ	
ᐃᓄᓕᓂᔾᔪᐃᖅ ᑲᓇᓂᐊᐃᖅ	58.8
ᐅᖃᒧᑦᒥ ᑐᓴᓂᐊᐃᖅ ᑲᓇᓂᐊᐃᖅ	42.0
ᓄᓇᐃᖅ ᐃᓄᓕᓂᓚᐃᖅ ᑭᓇᐅᔭᖏᑐᑎᖅᑲᓂᖏᓂᖅ ᐊᑐᖅᑕᐅᓚᐅᖏᑦᑐᑦ ᑐᖁᖓᑦᓯᒪᔪᑦ	
ᐃᒪᓕᖅᑲᑎᓕᑦ ᐃᒪᓕᖅᑲᑎᖅᑲᓂᖏᓂᑐᐃᓐᓂᑦ ᐃᓄᓕᓂᔾᔪᐃᖅ ᐊᑐᖅᑕᐅᓚᐅᖏᑦᑐᑦ	20.1
ᐊᓯᖅᑐᑦ	6.2
ᓄᓇᓖᓂ ᑎᒥᐅᔾᔨᐃᑦ	
ᐅᐃᖅᖁᑦ ᐃᓐᓇᖅᑎᖅᑲᓂᑦ	1.8
ᐊᓯᖅᑐᑦ	2.6
ᖃᓄᐅᑎᑦ - ᐱᐅᓯᔾᔨᑎᐅᕙᖅᑲᓂᑐᐃᓐᓇᑦ ᐱᓇᓯᑕᐅᒥᐊᖑᖅᑎᖅᑲᓂᖏᓂᑐᑦ ᐱᒥᐊᖑᑕᐅᕿᖅᑲᓂᖏᓂᑐᑦ	8.6
ᑲᑎᑕᓯᒪᓂᖅ ᐊᐅᔪᑕᐅᔾᔨᑦ	**140**

ᓄᓇᐃᖅ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓇᓯᓚᓂᖅᑐᑦ ᐃᓄᓕᓂᖅᑐᑦᓗ ᐱᔪᑦᔨᓂᐅᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᖅᓗᑦ ᑐᖁᖓᑦᓴᖅ

ᐊᐅᓚᑦᓴᓄᓕᕆᓂᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᓄᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦᓴᖅᓯᒪᔪᑦ ᑭᓇᐅᔭᓕᕆᓂᑦ ᐊᓴᖅᑎᑦ ᐊᓯᖏᓐᓄᑦ ᐃᓇᓴᖅᑎᐊᕐᓇᓄᑦ: ᓴᖅᑐᓄᑦᓴᖅᑎᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᓄᓕᕆᓂᑦ, ᐃᓄᐃᑦ ᐊᓯᔾᔨᖅᑎᓂᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᓄᑦᑐᓪ, ᐸᖅᓴᓂᖅᑎᑦ ᐱᔭᕇᓕᕆᓂᖅᑎᓪᓗ, ᓇᐅᓂᓕᓄ ᐃᓕᓴᕐᓂᓄᓕᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕗᐅᑦ ᓴᓂᑦᓄᓂᑐᓄᑦ ᐱᒋᐊᕐᕕᒃ. ᑕᑯᓄ ᐊᖏᖅᑐᐅᑉᐳᖅᑎᒥ, ᐊᐅᓚᑦᓴᓄᓕᕆᓂᑦ ᐱᒋᐊᕐᕕᒃ ᐊᐅᓚᑦᓴᐅᑉᐳᖅᓯᒪᓂᖅ ᐅᑯᓄᖅᑲ ᐱᓇᐅᔭᓕᖅᑐᑦ:

ᐊᐅᓚᑦᓴᓄᖅ ᑭᓇᐅᔭᖅᓗ ᐊᐅᖏᕐᕕᐊᓂᖅᓯᓐᓂᒃᑯᐅᓴᒪᔨᑦ

ᐅᖏᖅᑕᖏᕐᕕᒃ ᐅᓄᕆᓴᓂᐅᑉᐳᖅᓯᒪᓂᖅ $7.2 ᒥᓂᐅᓐᓄᒃ ᓄᓇᕗᒃ ᓄᓇᕗᓂᒧᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᓄᑦᑎᓪᓗ ᐃᓄᓐᓂᕆᑦᑎᓪᓗᒍ ᐱᔪᕆᓄᒃᑯᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᔪᒪᑎᓂᖅᓴᖏᓐᓄᓄᑦ. ᓄᓇᕗᒃ ᓄᓇᕗᓂᒧᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᓄᓕᖅᑐᑦ ᐃᓄᓐᓂᕆᑦᑎᓪᓗᒍ ᐱᔪᕆᓄᒃᑯᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᔪᒪᑎᓂᖅᓴᖏᓐᓄᓄᑦ ᐃᓇᓴᖅᑎᐊᕐᓇᓄᑦ $27.7 ᒥᓂᐅᓐᓄᒃ ᑭᓇᐅᔭᓕᖅᑐᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦᓴᖅᑎᑦ ᓴᓇᔨᓕᕆᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᓯᓚᑦᓴᖅᑎᑦ ᐱᓕᕆᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᓄᑦᑎᓪᓗᒍ ᐊᓂᓕᐅᓕᖅᑐᑦ. ᒡᒃᑯᐊ ᑭᓇᐅᔭᓕᖅᑐᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᔪᒪᑎᓂᖅᓴᖏᓐᓄᓄᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᐅᑎᖅᑎᓯᒪᔪᑦ ᓴᖅᑭᐅᓂᑦ ᐊᑦᑐᑭᓐᓂᒃᑯᓂᖅ ᐱᔪᕆᓄᑦ, ᐊᑕᐅᓯᒃᑲ ᑐᓴᐃᓇᑐᒃ ᑐᓴᖅᑲᓇᐅᑉᐳᖅᓯᒪᓂᖅ ᐱᓯᒪᔪᑦ ᐊᓯᖏᓐᓄᑦ ᐊᑦᓚᓪᓗ ᐁᑦᑕᓐᓇ ᓄᓇᕗᓂᓕᓄᑦᓇᓚᑎᓪᓗᒍ ᑭᓇᐅᔭᓕᖅᑐᑦ ᐱᓇᐅᔭᓕᖅᑎᓪᓗᒍ.

ᐱᖓᓱᓚᒃᓴᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᖅᑐᑎᓐᓄᑦ

ᓄᓇᕗᒃ ᓄᓇᕗᓂᓕᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᓄᑦᑎᓪᓗ ᐃᓄᓐᓂᕆᑦᑎᓪᓗᒍ ᐱᒋᐊᕐᓂᓄᖅ ᑐᓂᔭᕆᐊᖃᓕᖅᑐᑦ 7.1 ᒥᓂᐅᓐᓄᒃ ᐊᑦᔨᑦᓯᕐᑐᓄᑦ ᐱᖓᓱᓚᒃᓴᓂᖅ ᐱᓇᐅᑦᑕᐅᓯᒪᓕᖅᑐᑦᓴᖅ ᐅᑦᑐᑎᒥᓪᓗᒍ ᐱᓇᓴᐃᑎᑦ, ᓴᓇᔨᐅᒥᕆᓚᓐᓂᖅ ᓄᐃᑦᑕᓂᑐᑦᑕᐅᒥᕆᓚᓐᓂᓪᓗᒍ ᐃᓐᓇᐃᓚᐅᑎᓪᓗᒍ, ᐊᓯᖏᓐᓄᑦ ᐊᓂᓕᐅᓕᖅᑐᑦ.

ᑲᑎᒪᔨᓴᓂᖅ ᐱᓇᐅᔭᖅᑐᑎᓐᓄᑦᑐᑦ

ᓄᓇᕗᒃ ᓄᓇᕗᓂᓕᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᓄᑦᑎᓪᓗᒍ ᐃᓄᓐᓂᕆᑦᑎᓪᓗᒍ ᐱᒋᐊᕐᓂᓄᖅ ᑐᓂᔭᕆᐊᖃᓕᖅᑐᑦ 7.1 ᒥᓂᐅᓐᓄᒃ ᐊᑦᔨᑦᓯᕐᑐᓄᑦ ᐱᓇᐅᑦᑕᐅᓯᒪᓕᖅᑐᑦᓴᖅ ᐅᑦᑐᑎᒥᓪᓗᒍ ᐱᓇᓴᐃᑎᑦ, ᓴᓇᔨᐅᒥᕆᓚᓐᓂᖅ ᓄᐃᑦᑕᓂᑐᑦᑕᐅᒥᕆᓚᓐᓂᓪᓗᒍ ᐃᓐᓇᐃᓚᐅᑎᓪᓗᒍ, ᐊᓯᖏᓐᓄᑦ ᐊᓂᓕᐅᓕᖅᑐᑦ.

ᑲᒡᒪᑐᐃᓚᖃᑦᑑᒐᓱᐃᓐᓇᖅᑐᑦ ᑭᓇᐅᔭᖅᑐᑎᓐᓄᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦᓴᖅᑎᑦ ᓄᓇᕗᐅᑦ

8.9 ᒥᓂᐅᓐᓄᒃ ᑲᒡᒪᑐᐃᓚᖃᑦᑑᒐᓱᐃᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᓄᓐᓂᕆᑦᑎᓪᓗᒍ ᑲᑎᒪᔨᓴᓂᖅ ᐊᑦᔨᐅᓯᒪᓂᖅᓴᓕᕆᓂᖅ ᑯᐯᓯᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦᓴᖅᑎᑦ ᓴᓇᔨᓕᕆᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᑐᓴᐃᓇᑐᒃ ᑐᓴᐅᔭᓕᖅᑐᑦ, ᐅᓂᓴᐅᓯᐅᑉᐳᖅᑲᓇᑦ ᑭᓇᐅᔭᓕᖅᑐᑦ ᐅᑎᖅᑑᓕᖅᑐᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦᓴᖅᑎᑦ ᐊᓯᖏᓐᓄᑦ ᐊᑦᓚᓪᓗ ᐁᑦᑕᓐᓇ ᓄᓇᕗᓂᓕᓄᑦᓇᓚᑎᓪᓗᒍ ᑭᓇᐅᔭᓕᖅᑐᑦ ᐊᐅᓚᑦᓴᓄᓕᕆᓂᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦᓴᖅᑎᑦ ᓄᓇᕗᐅᑦ.

ᐃᓄᓗᓕᓂᖅᓴᖅ ᐅᓇᑕ ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓱᑦ ᐅᓇᑕᑲᓗᓴᖅ	$
ᓄᓇᓕᑐᖅᑎᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᓯᐊᖅᓂᒍᑦ ᐊᐅᓪᓚᕆᐊᖅᑎᖅᑲᓗᓴᖅ	676 399
ᓴᖅᓂᑦᓴᓪᐅᑦᓴᐊᓂᖅᒍᑦ	1 203 893
ᐊᓂᖅᓴᓴᒪᔪᓂᖅ ᓄᓇᓕᖅᓂᓯ ᑲᒪᓂᖅ	2 110 110
ᓄᑕᖅᑎᓚᕼᐅᑦᓴᑎᖅ ᐃᒥᐊᓯᒍᑕᐅᓕᓂᑦ ᖃᑲᓄᐃᒍᑎᖅᑭᑦ	351 762
ᐃᓴᒪᒍᑦ ᐃᓯᓴᓪᓗᓂᖅᒥ ᐅᐃᒪᓇᖅᓴᓴᒪᔪᓂᖅ ᐊᐅᓪᓴᓂᖅ	870 719
ᓄᑕᖅᑎᓴᓕᑦ ᓂᓚᑦᓴᐊᓚᐊᖅᑲᖅᓂᖅᓴᓂᑦ	296 196
ᐃᒪᒥᓂᐊᖅᑎᑎᓴᑦᑐᓕᓂᖅᒍᑦ ᐊᖅᖁᓴᒪᒪᐅᑎᑦᓴᓂᖅ	86 000
ᓄᓇᓕᑐᖅᑭᑦ ᐃᓄᓴᓕᓂᓂᒥᑦ ᐱᓇᓴᑦᑎᐅᑎᑦᓴᓂᖅ ᐱᔪᑦᓴᐅᐅᖅᑐᖅᓴᓂᖅ	204 280
ᐃᓕᵃᓂᐊᓚᐊᖅᑎᑎᑕᐅᓕᖅᑐᓂᑦ ᐊᓂᖅᓴᓚᵃᵃᖅᓴᑕᒥᓄᑦ	467 692
ᓂᓚᑦᓴᐊᓂᖅᓴᖅ ᐅᓇᑕᐅᑦ ᐅᑭᐅᖅᑕᑐᵃᒪᵃᓂ	496 858
ᑲᓴᒪᑐᖅᑲᖅᓴᑦ ᑐᐸᑭᵃᓄᐊᑕᐅᓕᑎᑦᓴᒪᔪᐊᓂᒥᒃ ᐱᓇᓴᐊᖅᓂᵃᵃᒪ	131 725
ᐃᓄᓕᓚᓱᑦ ᑲᓴᒪᑐᖅᑲᖅᓴᓂ	
ᐃᓕᒋᓂ ᐱᒥᐊᖅᑲᑦᑕᐅᑎᓂᑦ	169 200
ᑕᖅᖁᒥ ᓴᓄᑐᵃᓕᑎᖅᑕᐅᔪᓴᐃᑦ ᐱᓇᔪᑦᑕᐅᓂᵃᵃᒪ	194 418
ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓱᑦ ᐅᓇᑕᒥ	
ᓄᓇᓕᒻᒥᓂ ᐊᑕᐅᑦᔪᓴᖅᑎᔪᓱ (ᐃᔪᓕᖅᑐᖅ 2012-2013)	173 000
ᑲᑎᑦᔪᓂᖅ ᐅᑎᖅᑎᑕᐅᒥᐊᖅᓴᑲᖅᓂᵃᵃᒪᑦᑐᑦ ᑭᓇᐅᔭᑦ	**7 432 252**

ᐱᖅᔨᑎᒪᓕᓱᑦ ᐱᐅᓴᔪᑎᑦᓗ

ᐃᑦᓗᓕᐅ ᓂᖅ

ᓄᓇᕗᒻ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᔨᓕᓂᓂᖅ ᐃᓄᓕᓂᓂᖅᒥᓗ ᐱᔪᑦᔨᓂᖅ ᐃᓕᐅᓕᐅᖅᓯᒪᔪᖅ ᐊᒥᔨᓄᑦ ᓄᓇᓕᑦᓂ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᑦᓗ ᐱᓇᔨᑦᑕᐅᔨᓂ 2011-2012-ᒥ. ᐊᑕᐅᔨᖅ ᐃᓕᵃᖃᒪ ᐱᒪᓕᓚᐅᑎᑦᓗᔪ ᐱᓇᔨᑦᑕᐅᓕᐅᖅᓴᖅ ᐃᑦᓗᓕᐅᖅᓂᵃᵃᖅ 70-ᓂᒃ ᐊᓂᖅᓴᖃᖅᑎᑦᓂᒃ ᐱᓇᔨᑦᑎᑦ. ᔨᕐᓂᓴᒥ ᑕᑯᵃᓚᑕᐅᔨᒪᒪᒪᑕ ᐱᔪᑦᔨᓂᑦ ᐊᖅᑎᓕᑦᑕᑦᐊᐃᐃᵃᓚᓂᖅᖃᑦᑕ ᐃᓗᔨᓕᓂᓂᖅᒥ ᐃᓄᓕᓂᓂᖅᒥᓗ, ᑭᖅᖅᔪᒪᓚᓂᖅᓴᓂᖅ ᐃᑦᓗᖅᓴᖅᑎᖅᓴᖅ ᐊᖅᑎᓕᑦᑕᑦᐊᐃᐃᖅᓴᖅ ᐊᑦᓗᔪ 2011 ᐊᐃᑦᐃᐃᖅᓴᐅᔨᒪᑦ ᑭᔨᐊᓂ

ᐃᒡᓗᓕᐅᔨᓴᕐᓂᖅ; ᐊᐅᔪᓗᒻᒥ, ᓴᒡᓗᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᑯᑦᔪᐊᕐᕿᐱᒻᒥ ᐱᒋᐊᓱᖅᑐᑦ ᔪᓚᐃ 2012-ᖅᓯᓕᕐᔪᑦ.

ᑲᓇᓂᐊᕐᕿᖅ: ᓴᓇᐃᐅᔨᖅ

ᑕᒪᒃᓇ ᐱᐅᔨᐅᒥᕐᑯᓗᒍ ᓄᓇᕗᑦᑎᓂ ᐃᒡᓗᕐᖁᓇᐊᕐᖁᖅᓂᐅᑦ ᑭᖑᕐᔭᒃᑯᑦᑐᖅ, ᐊᖑᒥᔨᓂᖅ ᓴᓇᓂᖅᑎᔨᓕᐅᔨᔪᖅ.

ᑐᓕᑦᑕᐱᖅ ᑲᓇᓂᐊᐱᖅ ᓄᑖᒥᖅ ᐊᓇᓂᐊᐱᓕᐊᕐᓂᔨᓕᔨᓄᖅ ᑐᔨᒥᐅᐃᐱᑦᑖᔨᓕᕐᑐᖅ ᖁᓂᑦᑐᒥᖅ ᑲᓇᓂᐊᐃᒪᒻᒧᑦ ᑲᓇᓂᐊᐃᐱᓕᐊᕐᓂᔨᔪᑦ ᐃᔨᕐᓇᓂᕐᓴᐅᓗᑎᒃ ᑲᓇᓂᐊᐃᒪᒻᒧᑦ ᑲᓇᓂᐊᐃᐱᓕᐊᕐᓂᔨᔪᐃᑦ. ᑲᓇᓂᐊᐃᐅᑦ ᓴᓂᐊᖑᑦᑐᒥᖅ ᖁᓂᑦᑐᓂᓗᑎᒃ ᑲᓇᓂᐊᐃᐱᓕᐊᕐᓂᔨᔪᐃᑦ. ᐅᐱᖁᖅᓯᒪᒥ 2012-ᒥ ᓴᓇᔨᐅᓕᐅᖅᑎᔨᔪᑦ ᐊᖑᕐᓯᑎᐊᖑᓕᕐᑐᓂᓗᒍ ᐅᐃᒪᓇᖁᔭᓕᐅᑎᓂᒃ ᓄᓇᕗᑯᔨᔪᕐᓴᐅᑎᓂᒃ, ᓄᑖᖁᓗ ᐃᓄᓐᓄᖅᑲᐅᑎᑦᑎᓴᖅᓯᒪᓂᖅ ᑲᑦᓭᐃᒪᒥᐊᑦᓭᓴᐃᖅᓯ. ᑲᑎᒪᔨᖅ ᑕᒪᑯᐊ ᓴᓇᔨᐅᓂᖏᑦ ᐊᑭᖅᑲᓭᐅᔪᖅ $4,500.00-ᓂᒃ. ᐊᑐᐃᓇᑭᓐᑎᑕᐅᓭᕐᒥᔨᔪᖅ ᓄᑖᖁᓗ ᑲᓇᓂᐊᔨᓴᓇᑦᓴᐅᑦ ᓴᓇᔨᐅᓂᖏᓐᓄᑦ ᐊᐅᔪᓗᒻᒥ.

ᐃᓄᓕᑦᔨᐃᒪᒥᓕᓂ ᐱᒋᐊᖑᑕᐅᔨᓕᓂᕐᒥᔨᔪᖅ ᓴᓇᔨᐅᓂᖏᓐᓄᑦ ᐃᓄᓕᔨᑐᐃᐃᑦ ᖃᓄᐸᒥᔨᓂᖏᑦᑕ ᐱᒍᑦᑕᐱᖅ ᑲᓇᓂᐊᖑᓂᖏᓐᓄᑦ ᐊᑭᓕᐱᖑᓂᖏᓐᓄᑦ $12,000,000-ᓂᒃ. ᔨᓂ ᑮᖑᐃᑕᐅᐅᑎᓐᓇᒥᔨᔪᖅ ᓴᓇᓕᓂᖑᓂᖏᓐᓄᑦ ᐃᓄᓕᔨᑐᐃᐃᑦ ᐊᓂᖑᓂᖏᓐᓄᑦ ᐃᓄᓐᖑᓂᖏᓐᓄᑦ ᐃᓄᓐᔨᔪᒥᒃ.

ᑕᒪᒃᑯᐊ ᐃᒡᓗᓕᓴᒃ ᓴᓇᓂᐅᔨᓴᒃ ᑲᔪᔨᓂᔨᓇᖅᑐᓂᖅᑐᑦ ᑲᒪᔨᖅᑲᓂᔨᓇᖅᑐᓂᖅᑐᑦ, ᓴᓇᓂᖅᓂᒃ ᑲᒪᔨᐅᓂᐊᖑᓇᖅᑐᑦᓂᖅᑐᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᑲᓂᔨᓇᖅᑐᑦ ᓴᓇᔨᐅᓂᖏᓐᓄᑦ.

ᐱᖓᓱᓂᒃ ᐱᓂᔨᐊᖏᐊᖅᓂᐅᓕᖓᓱᓂ ᐊᐅᓚᔨᓂᔨᓕᖓᓱᓂᖅ ᕿᖅᖢᔨᒪᐅᑎᒃ

ᓄᓇᕗᒻᒥᒃ ᓄᓇᕗᑦᑎᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓇᓂᖅᑎᑦ ᐃᓄᓐᓄᖅᑲᓂᖅᑎᑦ ᐱᔨᔭᖅᓴᕐᓂᕐᒥᔨᔪᖅ ᐊᖏᖅᓴᖅᑐᑦ ᐱᖓᓱᓂᒃ ᐱᓂᔨᐊᖏᐊᖅᓂᐅᓕᖓᓱᓂᖅᑐᑦ ᕿᖅᖢᔨᒪᐅᑎᒃ ᑭᖑᕐᔭᒃᑯᑦᑐᖅ ᑭᖑᓂᖅᑐᑦ ᑐᓴᕐᓯᓕᒫᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ 2012-ᒥᑦ 2015-ᒍᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᕐᓯᓂᒃ. ᐃᒃᔪᖅᓴᕐᓕᔨᐅᓗᑎᒃ ᑕᑐᐃᓐᓇ ᑲᒪᔨᐅᓂᐊᖑᓇᖅᑐᓂᖅᑐᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ, ᐱᓕᕐᓴᒃᑯᓂᒃᑕᕐᓂᐊᓂᔨᐅᔪᐃᓕᓴᐃᓕᑦ ᑐᔨᐱᒪᑦᑕᕐᓂᐊᓂᔨᓇᖅᑐᓂᖅᑐᑦ ᑭᒥᓂᓂᔨᓇᖅᑐᑦ ᐱᔨᔭᖅᓴᕐᓂᕐᒥᔨᔪᖅ ᑭᖑᓂᖅᑐᑦ ᐱᔨᔭᖅᓴᕐᓂᕐᒥᔨᔪᖅ ᓄᓇᕗᑯᔨᔪᕐᓴᐅᑎᓂᒃ, ᐱᓕᕐᓴᒃᑯᓂᒃᑕᕐᓂᐊᓂᔨᓇᖅᑐᓂᖅᑐᑦ ᓄᑖᖁᓗ ᐱᓕᕐᓴᒃᑯᓂᒃᑕᕐᓂᐊᓂᔨᓇᖅᑐᓂᖅᑐᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᑲᓂᔨᓇᖅᑐᑦ ᓄᓇᕗᑦᑎᓂᑦ.

ᓄᓇᕗᒻᒥᒃ ᓄᓇᕗᑦᑎᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓇᓂᖅᑎᑦ ᐃᓄᓐᓄᖅᑲᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᖅᓴᖅᑐᑦ ᐱᓕᕐᓴᒃᑯᓂᒃᑕᕐᓂᐊᓂᔨᓇᖅᑐᓂᖅᑐᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᑲᓂᔨᓇᖅᑐᑦ ᑭᖑᓂᖅᑐᑦ ᑐᓴᕐᓯᓕᒫᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᕐᓯᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᕐᓯᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᕐᓯᓂ

ᐱᓇᓱᑦᑎᓪᓗᓈᒪᖅ

ᐊᒥᓱᐊᓕᕐᖓᖅᑐᑐᓂᖅ ᐊᓱᑦᔨᓴᖅᓯᐅᕐᔪᖅ ᐱᓇᓱᒪᑦᓴᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓱᒪᒪᕐᖓᓂᖅ ᓄᓇᒪᖅ ᓄᓇᓕᓪᓚᑦ ᐃᓕᓴᓪᓂᓂᖅᓗ ᐃᓄᓕᓂᓂᖅᓗᓕ ᐱᒋᐊᕐᔨᖅᑐᖅ 2011-2012-ᒥ ᐊᓱᐊᒍᑦ ᐅᑯᐊ ᐱᖓᓱᓕᑦ ᐱᓇᓱᒪᒃᑯᑦ ᐃᓚᒥᐊᕐᑕᐅᓚᐅᕐᔪᐊᑦᑐᑦ ᐊᑕᐃᓐᓇᓚᖓᓱᓕᕐᓂᖅ, ᐊᑕᐃᓐᓇᓚᖓᓱᓕᕐᓂᖅ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᓐᓂᓇᖅᑐᖓᓕᑦ ᐃᓕᓴᕐᓱᓕᕐᓂᓕ ᐱᑦᓕᓕ ᐊᓱᐊᒍᖅᑐᖅ ᐊᐅᓚᓱᐊᕐᓗᒃᑐᖅ ᐱᓇᓱᒪᒃᑯᑦ ᐊᓱᐊᒍᖅᓯᐊᑎᒃ (ᒉᓐᐅᐊ ᐃᓚᒥᐊᕐᑕᐅᓚᐅᔨᔪᖅ ᐊᐅᓚᔪᓂ 2011-ᖅᔪᑎᑦᓕᔪᓂ ᐊᓱᐊᑎᓂᕐᔨᖅᑐᓂᖅᑐᓂᓕᕐᓂᓕᑎᒃ).

ᑕᒪᓐᓂ ᐊᖏᔪᔪᒥ, ᐊᓱᐊᑎᓪᓗᓈᒪᖅ ᐃᑲᔪᕐᓚᓂᖅᑲᑦᓴᖅᑕᓚᐅᖏᓪᓕ ᐊᓱᖅᑭᓂᓂᖅ ᐊᓱᐊᒍᖏᓪᓕᐊᔪᓂᖅ ᐊᓱᐊᑎᖅᑕᐊᖏᖅᓂᖅ ᐱᑦᓕᓕ. ᑕᑲᖅᑯᐊ ᑕᑯᑦᓴᐅᑎᑦᓂᔪᑦ ᖃᓄᐃᓕᓴᖅᓂᖅᑭᓂᖅ:

ᐊᐅᓚᑦᓂᔨᒪᓗᑦ

- ᑲᒪᔨᒪᓗᐅᑦ ᐃᓱᖅᑎᖅᑎᖅᓂ ᔨᓂ ᒪᐃ ᐱᐊᖏᖅᑕᓂᔪᑦ ᖃᑲᖅᑎᓚᔭᒍ ᐃᓱᖅᑎᑦᑕᐅᓂᒪᓚᐅᕐᔪᐊᑦᑐᖅ ᓂᕐᔭᓕᐅᓂᓂ ᓯᓐᔦ ᔪᐊᑦᔪ ᐊᐊᖏᖅᑕᓂᔪᑦ ᐊᒪᓂᖅᑐᖅ ᐅᓂᒃ ᔪᓐᓇᖅ;
- ᔪᖅᑐᓂᖅᓴᖅ ᐊᑦᓚᑎᐅᑦ ᐃᓂᖅᓚ ᓂᓴᐅ ᐱᑎ ᓄᓚᐅᔨᔪᑎᓚᔭᒍ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑕᖅᓂᖅ ᕿᖅᓱᐃᓂᖅᑎᑦ ᐱᓇᓱᐊᖏᐊᔪᑦ ᓴᓂᓂᖅᓚᐅᑦ 2012; ᐃᓐᓄᓂᒪᓕᕆᓂᖅᑐᑐᖅ;

ᐊᐅᓚᑦᓂᓂᑦᑎᒃ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᓯᒃ

- ᑭᓇᐅᔭᓚᓈᖅᓕᒥᑎ ᐱᓇᓱᑦᑎ ᔪᑦᑐᔨᒪᐊᖏᑦᑕᐅᓚᐅᕐᔪᐊᑦᑐᖅ ᒋᓂ ᐅᓂᐅ ᑭᓇᐅᔭᓚᓈᖅᓂᓂᑦᑎᒃ ᓂᓪᓚᓚᓂᖅᑐᑐᖅ ᓄᓇᓕᓪᓚᑦ 2011-ᒥ
- ᑭᓇᐅᔭᓚᓈᖅᓕᒥᑎ ᐱᓇᓱᑦᑎ ᐊᖏᖅᑕᐊᖏᓂᖅᓯᒪᑦ ᓇᓗᓴᓗᒪᑕ ᓄᖅᑲᓚᐅᕐᔪᐊᑦᑎᓂᖅᓄᑦ ᖃᓄᐃᓕᓴᖅᓂᖅᑭᓂᖅ ᑎᑭᓚ ᒪᐃᓄᐅ: ᐃᓂᓴᓂᖅᓱᓚᒋᓚᐅᕐᔪᐊᑦᑐᖅ ᑎᑭᓂ ᔪᓐᓇᖅ 2011-ᒥ
- ᓴᓪᓗᒪᓴᐃᔨᖅ ᐃᓂᒥᖅ: ᐃᓄᓕᓚᐅᕐᔪᐊᑦᑐᖅ ᐃᑭᒪ ᓴᓄᑕᒥᖅ ᐊᒪᓚᐅᖏᓪᓕ ᐄᓐᔦ ᔪᐊᑦᔪ ᐊᐊᖏᖅᑕᓂᔪᑦ 2011-ᒥ
- ᐊᐅᓚᑦᓂᔨᒪᓗᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᑦ ᐃᓂᖅᓚ: ᐃᓄᓕᓚᐅᕐᔪᐊᑦᑐᖅ ᐅᑭᐅᓄᓄᑦ ᓴᓂᓂᖅᓚᐅᑦ, ᐊᒥᓱᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖏᓂᒥᑦ ᓇᓚᐅᑦᑎᓂᖅᓄᑦ ᔪᐊᑦᔪ 2012-ᒥ

ᓄᓇᓕᐅᑦ ᓴᓪᑕᒋᓐᓂᑦᑐᖅ ᐱᒋᐊᕐᓵᖅᑦ

- ᐱᓇᓱᑦᑎ ᓄᓇᓕᐅᑦ ᓴᓪᑕᒋᓐᓂᑦᑐᖅ ᐱᒋᐊᕐᓵᖅᓯᒪᖅ ᐃᓐᓄᓂᒪᓕᕆᓂᖅᑐᑐᖅ ᓯᓴ ᐱᐊᕐᓐᓂᑦ ᑎᓴᐱᓚᓈ 2011-ᒥ ᓄᖅᑲᓕᐅᑎᓂᖅᓄᑦ ᔪᓂ ᕿᑭᑦ

ᐃᓄᐃᑦ ᐊᖏᔪᔪᒥᑦᑎᓂᖅᑦ ᐃᓕᓴᕐᓱᖅᑦᓗ ᐱᒋᐊᕐᓵᖅᑦ ᐱᓇᓱᐊ ᓘ

- ᓴᑕᒪᑦ ᐃᓂᑦ ᐄᓐᓇᓱᐅᑎᐅᑦᓴᓴᑎᒃ, ᐊᑕᓴᑦ ᐱᓇᓱᒪᐃᑦ ᐃᓕᓐᓂᑐᐊᖏᖅᑎᑎᑕᐅᓚᐅᕐᔪᐊᑦᑐᓂᖅᐃᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᖏᑕᐅᓂᖅᓯᒪᑦ ᐊᒋᐃᑦᓴᓴᑎᒃ: ᐃᓐᓄᓕᑕᐅᓴᒪᓴᑦ ᐅᑯᓄᖅᓯᒪᒃ; ᒥᐊᔨ ᒥᐊᓴ

(ᐊᑕᐅᑦᓴᓯᖏᑐᓴᖅ, ᐋᒃᑐᐱᐅᓗ 2011), ᐃᓕ ᓕᕆᒃ (ᓄᓇᕗᑦ ᐱᒍᑦᓴᖅ, ᐋᒃᑐᐱᐅᓗ 2011), ᐃᒪ ᑯᓘᒃ (ᓄᓇᕗᑦ ᐱᒍᑦᓴᖅ, ᐋᒃᑐᐱᐅᓗ 2011), ᓗᐃᔪ ᑯᑭ ᐳᓴᐅᓰ (ᓄᓇᕗᑦ ᐱᒍᑦᓴᖅ, ᓇᐳᐊᓗ 2012)

ᐱᓇᓴᖏᑦᑕᐅᔨᑦᓴᓂᒃ ᕿᖏᓇᐃᓂᖏᑦᑕᒃ ᐱᒍᑦᓴᕕᒃ

- ᑐᑭᒍᐊᑦᑎᓴᓘ ᐱᓇᓴᖏᑦᑕᐅᔨᑦᓴᓂᒃ ᕿᖏᓇᐃᓂᖏᑦᑕᒃ ᐱᒍᑦᓴᕕᒃᓕᒥ ᓄᒃᑲᓕᐅᔨᑎᓪᓗᒍ ᓄᑦᑕᑦ ᐳᕐᓯ, ᒪᓇᓴᐅᑎᐅᑦᓴᓴᐅᑐᓇᓴᓂᖅ ᐃᓇᖏᑦᑕᐅᓕᐅᔨᔨᖅ ᓴᓂ ᓄᑦᑕᑦ ᓕᓕᐅᒐᒪᑦ ᒪᐃ 2011-ᒥ
- ᐅᕕᒃᓴᑐᐃᑦ ᐃᓕᒋᓪᓗ ᐃᒪᖓᑦᓴᑎᖅ: ᐃᓇᓄᑦᑕᐅᓕᐅᔨᔨᖅ ᑎᑭᓇ ᐱᓕᕆᔨᒪᑦ ᔨᓂᒃ 2012-ᒥ ᑭᒃᒪᓗ ᑎᑭᓇ ᓄᖅᒪᑦ ᐃᓇᓄᑦᑕᐅᓴᓂᒃ ᕿᓂᖅ ᑎᓕᔭᓕᒪᑦ ᑕᒪᔪᖅᒪ ᐃᓂᒪᑦ ᐳᓴᓇᔪᓴᖏᑦᑕᐅᑎᓪᓗᒍ ᕕᓴᐅᓕᖅᑐᓂᒃ ᐱᒍᑦᓴᖅ 2012-ᒥ
- ᐃᓄᒃᒪᓕᓴᑦ ᓄᓇᕗᓇᓂᒪ ᐱᒍᑦᓴᕕᒃᓕᒥ ᐃᓕᖅᑎᖅᑎᑎ, ᓄᖅᒪᑦᓴᕕᒃᓕᒥ ᓄᖅᖅᓱᓴᐃᓇᓂᖏᑦᑕᒃᓕᒥᓂᒃ ᐊᑭᓕᑦᑐᑦᑕᐅᖅᓯᒪᓕᒥᓂᒃ ᔨᓇᑦᑐᔪᓕᐊ ᓇᓴᑦ; ᐃᓇᓄᑦᑕᐅᓕᐅᔨᔨᓕᑦ ᐱᒍᑦᓴᖅ 2012-ᖅᔪᑎᑦᓗᒍ ᐱᓇᓴᖏᑦᑕᒃ ᐱᒋᐊᑦᓴᕕᒃᓄᒋᓪᓗᓂᓕᓕᓴᓂᒃ
- ᐃᓕᒥᓂᐊᑦᑕᐃᓕᓴᓂᒃ ᐱᓇᓴᑎᑎ ᐃᓇᖏᑦᑕᐅᓕᐅᔨᔨᖅ, ᐅᑭᐅᖅ ᓄᓕᐊᓂᒃ ᐊᑭᓇ ᐳᐱᐃᓂᒃ, ᐱᐊᖏᑦᓴᖑᖅᓂᓕᒥ ᓄᖅᖅᓱᓴᔨᒃ; ᑐᖏᓂᒃ ᕿᓴᑎᒃ ᐃᓄᓇᕗᑦᓴᕕᒃᓕᒥ ᔨᓕᐃ 2011-ᒥ.
- ᐱᐊᖏᐃᑦ, ᐅᕕᒃᓴᑐᐃᑦ ᐃᓕᒋᓂᓕᓪᓗ ᐱᓇᓴᑎᑎ ᐃᓄᓇᕗᑦᓴᕕᒃᓕᒥ, ᑲᓇᓄᑦ ᓄᓕᐅᑕᒃ ᔨᓕᐃ 2011-ᒥ.
- ᐱᐊᖏᐃᑦ, ᐅᕕᒃᓴᑐᐃᑦ ᐃᓕᒋᓂᓕᓪᓗ ᐱᓇᓴᑎᑎ, ᓄᖅᒪᑦᓴᕕᒃᓕᒥ ᐅᓂᒃ ᓴᖅᑭᐊᓂᒃ: ᐃᓄᓇᕗᑦᓴᓂᖅᑐᑐᖅ
- ᓄᓇᓂᓄᓂ ᐃᓂᓂᓕᖅᓱᓴᑭᐊᓂᓂᒃ ᐱᓇᓴᑎᑎ, ᐱᓇᓴᒪᖅᓱᒃ ᖃᖅᑎᓇᖏᑦᑕᐅᓕᐅᔨᔨᖅᓯᒪᓕᒥᓂᒃ ᔨᓇᑦᑐᔪᓕᐊ ᑎᓕᔭᓕᒪᑦ: ᐃᓂᓄᓇᓂᖅᓱᒃ ᐃᓄᓇᕗᑦᓴᓂᖅᑐᑐᖅ ᐊᑎᑦᓴᖅ 31, 2012-ᑭᓂᒃ
- ᐋᓂᐊᓂᓕᓂᓂᑦᑎᓪᓗ ᐃᓄᓇᕗᓂᓂᑦᑎᓪᓗ ᐃᓕᖅᖅᓱᒥᑎ ᐃᓇᓄᖅᑎᓪᓗᒍ ᔨᐊᓂᐃᐊᓂᑭᒃ, ᐱᐊᖏᑦᓴᖑᖅᓂᓕᒥ ᓄᖅᖅᓱᓴᔨᒃ, ᒪᑦᑎᓂ ᐳᑦᔨ (ᐱᓇᓴᑎᒃᔪᒍᑭᓕᓕᐅᔨᑦᓴᖅᑐᒃ) ᔨᓕᐃ 2011-ᒥ.
- ᖃᒃᓄᐃᖅᓯᐊᖏᑦᓂᓕᓂᓂᒃᒍᑦ ᐱᓇᓴᐊᖏᑦᑕᐅᔨᑦᓴᓂᒃ ᐱᓇᓴᐊᖏᑦᑎᑎ ᓄᖅᒪᑦᓴᕕᒃᓕᒥᓗᒍ ᐃᓕᓴᐅᓕᖅᑐᓂᒃ ᐋᒃᑐᕐᓴᓂᓂᒃ ᐳᑦᔪᓂᖅᑐᑐᖅ ᖃᒃᓄᐃᖅᓯᐊᖏᑦᓂᓕᓂᓂᒃᒍᑦ; ᐃᓇᓄᑦᑎᓂᔪᓂᒃ ᖃᐅᖏᑦᓂᓕᓂᓂᒃᒍᑦ
- ᐊᐅᓚᓇᖏᑦᑐᐅᓂᖏᑦᓂᒃ ᐊᑦᓚᑎᑎ ᐅᓪᓗᑕᓚᐅᔨᑦᓴᓂᒃᓕᒥᓗᒍ ᑐᖏᓂᒃ ᔨᓇᑦᑐᔪᓕᐊ ᓇᓴᑦ: ᐃᓇᓄᑦᑕᐅᓕᐅᔨᔨᖅ ᓴᓂᓕᐊ ᐱᑎᓕᒪᑦ ᐃᓕᖅᑎᖅ 2011-ᒥ
- ᐋᓂᐊᓴᐅᓂᖏᑦᓂᒃ ᐱᓇᓴᐊᖏᑦᑎᑎ: ᐋᓂᓴᓕᒃᓂᑦ ᖃᓴᒪᓂᖅ 2011-ᒥ
- ᐅᐃᓚᓇᖏᑦᑐᐅᓂᖏᑦᓂᒃ ᐱᓇᓴᐊᖏᑦᑎᑎ ᓄᖅᒪᑦᓴᕕᒃᓕᒥᓗᒍ ᔨᐊᓂᑐᓄ ᓕᕆᒃ: ᐃᓄᓇᕗᑦᓴᕕᒃᓕᒥᔨᔨᖅ ᓴᓇᓂᓄ ᐱᑎᒪᑦ ᐃᓕᖅᑎᖅ 2011-ᒥ

ᓇᐅᓕᒋᑦ ᖃᓇᐃᓂᖏᑦᑕᓇᐊᖏᖃᓂᒃ ᓂᓪᑎᓂᒃ ᐱᒍᑦᓴᕕᒃ

- ᓂᖅᑭᓪᓗᐊᑐᓕᓂᓪᓂᔭᖅᑎᑦ ᐱᓇᓗᐊᖅᑎᑦ ᐃᓇᖅᑭᓪᓗᓂ ᒪᓂ ᓯᓗ ᑯᓪᓗᑎᑦ, ᐱᐊᕐᓴᖅᓱᖅᓂᒍᒋᑦ ᓄᖅᖃᖅᓴᓗᑎᑦ, ᐃᓇᖅᑭᓪᓚᐅᒪᐅᓐᓇᐃᓐᓇᖅ ᐊᒥᓂ ᐳᓴᒋᑦ ᒪᐃ 2011-ᒥ.
- ᐊᐅᓪᓗᓂᓪᓂᓱ / ᐳᖅᑐᓂᖅᓴᖅ ᐊᖅᑎᑎᑎᒃ ᐃᓇᖅᑭᓪᓗᓂᒍ ᐃᖅᓴᖅ ᓱᓪᑕᐸᐃ ᓄᖅᖃᖅᓴᐅᐃᓐᓇᓂᖅᓂᓂ ᐱᓇᓗᖅᓴᑎᓂᑦ: ᐃᓇᖅᑭᓪᓚᐅᓐᓇᓯᓯᖅᖃᖅ ᓱᓂ ᓴᒻᐸᐃᒍᒋᑦ ᑕᖅᑭᓂ ᐱᖅᖃᓯᓴᐅᓂᑦ ᐃᓇᖅᑕᐅᒪᓇᖅᑕᖅᓱᓪᓗᓂ ᒪᐃ 2011-ᒥ
- ᐊᐃᑦᐅᐅᑕᐅᒍᐃᓐᓇᐅᑦ ᐊᖅᓂᐊᖅ ᐱᑦᓂᒋᑦ ᐃᒪᖅᓴᐃᖅᑎᑎ ᓄᖅᖃᓇᐅᓯᓐᓂᓗᒍ ᓴᓵ ᓇᐱᐊ: ᐃᓐᓄᓇᓇᐅᓯᓯᖅᖃᖅ ᐋᓂ ᐸᐃᐃᖅᑎᑦ ᓯᓇᒃ ᒪᒃ 2011-ᒥ

ᓄᓇᓕᒻᒥ ᐱᓇᓱᑎᓕᓪᓂᔭᓂ ᒥᑉ ᐱᒋᐊᕐᓂᖅ

- ᐱᓇᓱᖅᓂᖅ ᐱᒥᐅᖅᓴᑎᑦᓱᓂᖅᑎᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑎ ᐃᓇᖅᑭᓪᓗᓱᓂ ᓱᐊᖅᓂ ᒥᐊᓱᑦ: ᐃᓐᓄᓇᓇᐅᓯᓯᖅᖃᖅ ᒡᓗ ᑕᐃᐱᖅᑎᑦ ᐋᐅᖅᑐᐃᓐᓇᖅ ᒪᒃ 2011-ᒥ

ᑕᖅᐱᐋᐊ ᐱᓇᓱᖅᓗᐃᑦ 38 ᐳᓱᐊᓐᑎᓗᐊᖅᑎᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᒍᑦᑕ.

ᐊᒪᓚᓗ ᐱᓐᓂᓗᒍ ᐱᓇᓱᑦᑎᑕᖅᑲᑦᑕᓂᖅ, ᐱᓗᐊᖅᑐᑎᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎᐱᖅᓴᑲᑦᑕᓂᖅ, ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᑎᖅᑲᑦᑕᑕᐃᖅᑐᑦᑐᒍᑦ ᓄᓇᓕᒻᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎᐱᖅᓴᑲᑦᑕᓂᖅᑎᑦ ᐱᒍᓐᓇᖅᓯᒪᔪᑦ, ᑐᓴᖅᑭᓕᓪᓂᔭᖅᑐᓐᓂᖅ ᐊᒪᓚᓗ ᐊᐅᓐᓂᐅᓱᐃᓕᑦ ᐱᓂᐅᐊᖅᑐᓂᖅᑎᑦ ᓄᓇᓕᒻᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎᐱᖅᓴᐳᖅᑕᐃᒪᓐᓇᑐᓂᖅ ᓄᐃᑕᑦᓱᓂᖅᑐᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᖅ ᐊᓐᓂᐅᓱᐊᓂᓪᓂᔭᕐᓗᖅ ᐃᓕᓴᕐᕕᖅᑎᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᐱᖅᓴᐳᖅᑕᐃᒪᓐᓇᑐᓂᖅ ᓄᐃᑕᑦᓱᓂᖅᑐᓂᖅ ᐅᑎᕐᓗᖅ ᐊᓐᓂᐅᓱᐊᓂᓪᓂᔭᕐᓗᖅ ᐱᒋᐊᕐᓂᖅᑎᑦ ᐃᓇᖅᑭᓪᓗᓱᓂ ᐱᓇᓱᑦᑎᐱᖅᓴᐳᖅᑕᐃᒪᓐᓇᑐᓂᖅ ᓄᐃᑕᑦᓱᓂᖅᑐᓂᖅ ᐅᑎᕐᓗᖅ

ᑕᑯᓂᓂ ᐊᖏᔪᖅᑎᒋᑦ. ᓴᒃᑭᒋᐊᖏᓪᓚᒃ ᑐᖏᓐᓇᒃ ᐱᑦᓴᓐᓇᐅᑎᒋᔭᖓᒃ: ᐃᒃᓱᖏᓪᓗᒋᑦᑐᓕᕐᖏᓂᒃ ᐱᓇᓴᑦᑎᑎᓂᒃ ᐊᑦᓴᓐᓇᒃ ᐃᓇᓴᓕᐃᑦ ᓴᓇᓴᕐᓂᑦᑕ ᐊᖏᓪᓗᒋᑦᑐᓕᕐᓂᖅᑎᑦ.

ᑐᑦᓇᑎᓴᒃᑯᓕᓇᖏᑦᓯᒋᑦ

ᑕᑯᓂᓂ ᐊᖏᖏᔪᖅᑎᑦ ᐃᑦᓴᓇᕐᑕᖏᑦᑎᒃ ᐱᔪᓐᓇᓴᖏᓂᖅᑲᒃᑯᑦᑐᔪᑦᑕ; ᓄᓇᕗᑦ ᑐᑦᓇᑎᓴᒃᑯᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑕᒃᑯᓂᖅᑎᑦ (NtN). ᑐᑦᓇᑎᓴᒃᑯᑦ ᓄᓇᕗᒃ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓄᓕᓴᕐᓇᓂᖅᑎᓕ ᐃᓄᓕᓇᓂᖅᑎᑦ ᐱᔪᓐᓇᒃᑯᓂᖅ ᐊᑐᓕᑕᒃᑯᓂᖅᑲᒃᑯᓕᒃ ᐅᑎᕐᕕᒃ ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐅᓕᒪᒃᑯᓂ ᑐᑭᓯᐊᓂᖅᓯᒪᓕᖅᑐᑦ, CSPQ-ᓄᓂᒃ , Sogique-ᓄᓂᒃ ᐊᒪᓕᓗ ᑐᑦᓴᑦᕃᐃᓄᐃᓂᒃ, ᑐᑦᓇᑎᓴᒃᑲᓕᑦᑐᔪᑦ ᐃᓄᓐᓄᑦᑐᓂᒃ ᐊᓂᒃᓴᓂᒃ ᑐᑦᓇᑦᑕᐅᒋᓕᓂᒃ ᑐᑦᓇᑎᑦᓯᔪᑎᒃᑭᐃᓐᓂᑦᑐ ᓄᓇᕗᓕᒫᓄᑦ. ᑕᒪᐃᓐ ᐊᒥᓯᐊᓐᓂ ᐱᑕᓯᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᑐᓂᒃ ᓴᖅᑭᒪᓕᒃᑲᓐᓂᕐᓂᒃ ᐃᓄᓐᓄᑦᑐᓂᒃ ᐊᑐᓕᓴᕐᓂᖅᑐᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑕᒃᑯᓂᖅᑎᑦ

ᑐᓴᖅᓯᐅᑎᓂᓕᓂᖅᓴᑦ ᐱᓕᕐᓯᑎᑦ ᒪᓂᑕᐅᓂᓕᓂᖏᓐᓂᔪᑐ ᑲᖏᐊᑕᐅᒪᐅᑎᖅ

Ċᓱᓕ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᑐᓴᖅᓯᔪᓂᓕᓂᖅᓴᑦ ᑲᖏᐊᑕᐅᒪᐅᑎᖅ ᐊᖏᖅᑭᒥᖅᑕᐅᓂᖅᑐᖅ ᓄᐊᑕᑎᑦᓯᓯᕗᖅᓂᖅᓯᐊᒪᑦ ᐊᓯᓕᖅᑕᓂᖅᑐᓂ ᓄᓇᓂᓕᓂᑐ ᓄᓇᓂᓱᓂᔪ ᐱᐅᓯᐅᓂᖅᑐᒥᖅ. ᓄᑕᐅᓂᑐᖅᓯᒪᔪᖅ ᑲᖏᐊᑕᐅᒪᐅᑎᖅ ᖃᐅᔨᒪᓴᐅᓂᖃᖅᓯᒪᓂᖅᑐᖅ "Nunavik eHealth Plan" (ᓄᓇᕗᒻᒥ ᖃᓄᕈᐅᓴᑎᒍᑦ ᐃᔪᓯᓂᓕᓂᖅᓴᒥ ᑲᖏᐊᑕᐅᒪᐅᑎᖅ). Ċᓱᓕ ᓄĊᖅᖃ ᑲᖏᐊᑕᐅᒪᐅᑎᖅ ᐃᓕᖅᖃᓄᐊᔪᖅᖃ ᐱᓇᓯᑕᐅᕈᐊᓕᓂᒃᑯᑦ ᐃᓕᓄᐊᔪᓂᖅᑐᖅ ᑐᓴᖅᓯᐅᑎᒍᒪᑦ ᐃᔪᓯᓂᓕᓂᖅᓴᒥ ᐱᓕᕐᓂᐊᕐᓂᖅᑐᖅ ᐊᐅᓯᑎᓂᖅ ᐊᑦᑕᓄᑦᑐᓂᖅ ᐊᓕᕐᓂᑕᐅᔪᓂᖅᑐᖅ. ᐊᑦᑕᓄᑦᓯᑎᑕᐅᔪᓂᓄᓕᒃ ᐃᓄᓐᓂᑕᐅᔪᓂᖅᑐᖅ ᐊᓕᕐᓂᑕᐅᔪᓂᖅᑐᒥᑦ ᐃᓄ

ᓄᓇᓕᓕᒻᒥᓂᖅᓴᓪᓗᒍ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅ ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᓂᓂ ᔪᐊᖅᓴᓪᓗᓂᖅ ᐱᓱᑦᓕᐊᓂᖅ

ᐅᖃᐅᓱᑦᓴᖅᑎᑦ ᑐᑭᔪᐊᖅᑎᓯᓕᐅᑦ

ᐊᖃᖏᔪᓕᐅᖃᑦᑕᑎᓐᓂ, ᐊᒥᓱᓂᖅ ᑲᒪᒋᔭᒪᖃᖅᑲᖅᑕᓕᐅᖃᑦᑐᔪᑦ ᐃᓕᓴᕆᓂᖅᓴᓪᓗᒍ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᑎᒃᑕᑦᑕᓂᖃᑦᓂᔭᓗ (ᐅᖏᒪᑦᑐᓂᖅ ᓴᓐᒥᒥᖏᒪᔪᓪᓚᖅ ᐱᓇᓱᐊᒪᑦᓴᖅᔪᑦᑕᐅᒪᔪᓪᓚᖅ) ᐊᓱᖅᑎᓐᓂᑕᐅᖅᓴᓪᓗᒍ ᐱᓇᓱᐊᓂᔪᐊᖅᑎᓯᓕᐅᖅ (ᐅᓇᒥᒥᓱᓂᑎᓱᒪᓱᐊᖅᓱᓂᑦ-ᐱᓇᓱᐊᓂᑎᖅᓐᓇᒪᓱᐊᖅᓱᓂᑦ ᐱᑦᓗᒥᑦ). ᒪᖅᑭᓂᓗ ᐱᓇᓱᐊᓂᑎᑦᑕᐅᔨᔨᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᑎᒥᖏᓕᓪᓕᖅᑎᓐᓂ ᐱᓇᓱᐊᓂᑏᑦ ᓗᐃᑦ ᓴᓱᐃᓱᐊᖅᑦ ᓱᐊᑦᓪ ᒥᓐᖅᓇᖅᓯᒪᑏᑦ. ᐃᓇᖏᓂᖅᑕᐅᓪᓚᔨᔨᒃ ᑭᓇ ᑌᐊᖅᔪᑦ ᐃᐊᓕᒃ-ᐊᑭᓐ ᐱᓕᕆᖅᔪᓗᒍ, ᑕᒪᖏᓗᒍ ᐱᓱᑦᕆᑭᓕᓱᒪᓱᖅᑎᓂᖅ ᑲᔨᓱᑦᑕᐅᓕᓪᓕᖅᑎᓂᖅᓴᔭᓱᑎᑐᑦ.

ᐅᓐᖅ-ᐱᐊᖅ ᕆᔨᖅᓄ

ᐱᒋᐅᖃᖅᑐᑦ

- ᐱᒋᐅᖃᖅᑐᑦ ᐃᓄᓕᕐᓂᓕᖅᓂᐊᓕᖅᓂᖅᓴ; ᐱᒋᐅᖃᖅᓂᓕᖅᓂᐊᓕᖅᖃᖅ ᐱᓇᓱᐊᒃᑲᖏᑦᑕᐅᒪᔪᖅ ᐃᓕᓴᖅᑲᓱᓂ ᐃᓄᐃᖅᓇᓄᑦ ᐱᓇᓱᑎᑎᐅᕐᑐᑦᑐᓄᑦ ᐅᐃᒪᖃᑦᑐᐃᓄᑦ ᓴᓗᒡᒋᔭᐅᓂᖅᓴᖅ, ᑲᔪᓯᓂᖅᓴᕐᓂᖅᖃᑦᑕᖅ ᐊᖏᖃᖅᑐᑦ ᑕᖃᒥ ᐃᓕᓴᖅᒍᑦ ᐱᓯᒪᔪᒍᑦ ᒥᖅᓱᐊᒃ-ᐅᓄᑐᓄᑦ ᐅᓕᑦᔨᒥ, ᖃᓄᖅᓴᖅᓴᖅᑐᑦ ᑕᖃᒥ ᐃᓕᓴᖅᒍᑦ ᐱᓯᒪᔪᒍᑦ ᓴᓇᓂᑐᒍ ᐃᓄᐃᖅᓇᓄᑦ ᐊᑐᓂᖅᓴᖅᑐᑦ, ᐃᓄᐃᖅᓇᓄᑦ, ᐃᓄᓕᔪᐊᒥ, ᓴᐅᒪᓂᑐᒍ ᐃᓄᐃᖅᓇᓄᑦ ᐊᑐᓂᖅᓴᖅᑐᑦ, ᐃᓄᐃᖅᓇᓄᑦ ᐃᓄᐃᖅᓇᓄᑦ ᐃᓄᐃᖅᓇᓄᑦ

ᐅᓪᓗᕆᔨᒍᑎᓪᓗᒍᓱᓐᓂᖅ ᓴᓇᕐᓴᐅᓚᕐᓂᐅᔪᓂᓇ ᒪᒥᓴᕆᓂᖅ ᐅᓇᐅᓚᕆᔭᐃᓇ ᐱᓕᕆᔨᑐᑦ ᐱᓪᓗᑎ ᐊᕐᕕᒃᓴᖅᑐᑦ, ᒪᒥᓴᕆᓂᖅ ᓴᓇᕐᓴᐅᓚᕐᓂᐅᔪᓂᓇ ᓴᖅᑭᔨᓂᖅᓴᐅᓚᕐᓂᐅᔪᓂᓇ ᔨᖅᑭᔨᓂᖅᓴᐅᓚᕐᓂᐅᔪᓂᓇ ᐃᓇᓇᑦ ᑕᒪᓐᓇᐅᔪᓂᖅᑐᑦ. ᔨᑕᒪᑦ ᐊᓂᔪᖅᓯᒪᓕᕐᓂᑦ, ᐃᓇᓇᑦ ᐱᓇᔨᓐᐅᔨᐃᑦ ᐃᓕᓴᕐᓚᕆᐅᑎᑦᑕᐅᓐᓇᕐᓂᔨᒪᓕᕐᓂᑦ ᐱᓪᓗᑎᒃ ᑲᓕᔨᖅᓯᒪᓕᕐᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐅᔪᓂᖅᓴᐅᓚᕐᓂᐅᔪᓂᖅᑐᑦ.

ᐱᓇᔨᓐᑎᑦᓂᓕᑦ ᐊᒻᒪ ᔨᕐᑭᐅᐅᔨᓴᓂᕐᓄᑦ

- ᐅᐃᒪᖅᑐᐃᓄᑦ ᓴᓪᒻᒥᑎᕆᓇᕐᓂᒪᓕᕐᓂᔨᑦ ᐅᑦᑐᖅᑕᑐᔨᑦ ᐊᑦᓂᑦᑐᑦ, ᐊᒥᔨᓂᖅᓴᖅ 13 ᖃᐅᔨᒪᔨᑦᓯᓚᑦ, (ᐅᐃᒪᖅᑐᐃᓄᑦ ᓴᓪᒻᒥᑎᕆᓇᕐᓂᓕ ᐱᔨᒪᔨᑦ), ᔨᑕᒪᑦ ᐃᓕᐃᓄᑦ ᓄᓇᕘᕐᕈᓐᓇ ᐱᓇᔨᓐᑎᑦ, ᐱᕐᓕᔨᑦ ᖃᐅᔨᒪᔨᑦᓯᓚᑦ (ᐊᓐᓇᔨᐅᑎᖅᑐᓚᐅᕐᓇ ᐱᔨᒪᔨᑦ), ᔨᑕᒪᑦ ᐃᓚᓴᓕᑦ ᐱᓇᔨᓐᑎᑦ ᐊᑕᐅᔨᖅᓄ ᐊᐅᓚᑦᑎᒥ (ᓴᓪᒻᒥᑎᕆᓇᕐᓂᓕ ᐱᔨᒪᔨᑦ), ᐸᖅᓴᓐᓇ ᐱᓇᔨᓐᑎᑦᓯᓚᑦᓴᓐᓇᕐᓂᓕᕆᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅ (ᓴᓪᒻᒥᑎᕆᓇᕐᓂᓕ ᐃᓚᓴᓕᑦ ᐱᓇᔨᓐᑎᑦᓯᓚᑦᓴᓐᓇᕐᓂᓕᕆᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅ) ᐱᓇᔨᓐᑎᑦᓂᓕᕆᔨᒪᔨᑦᓯᓚᑦ.
- ᔨᑕᒪᐅᔨᓴᓂᕐᓄᑦ ᐅᖃᓕᓂᒃ ᐱᒋᐅᓴᖅᑐᑦ ᔨᖅᑭᐅᔨᓴᓂᖅ ᐊᑐᐅᖃᓴᓇᓂᕐᓄᑦ 39 ᐅᖃᓕᓂᒃ ᐅᓪᓗᕆᔨᒍᑦ ᐱᓪᓗᑎᒃ ᐱᓇᔨᓐᑎᑦᓯᓚᑦᓴᓐᓇᕐᓂᓕᕆᓂᖅ ᑕᓴᕐᓗᒍᑦ 16ᓄᓇ ᐊᓂᓴᖅᓱᐅᓚᐅᕐᓇᓴᓐᓂᑦᑕᓐᓂᓇ ᐊᓐᑎᐊᓱᓴᕆᐅᓄᑦ ᐅᐃᒪᖅᑐᐃᓄᑦ ᐱᓇᔨᓐᑎᑦᓯᓚᑦ.
- ᐱᓇᔨᓐᑎᑦᓂᒋᔨᑦᓂᑎᓐᓄᑦ, ᐊᒥᔨᓄᑦ ᐃᓕᓐᓂᑦᐊᔨᑦᓯᐊᓄᑦ ᐅᐯᖃᑦᑕᓚᐅᕐᓇᔨᑐᒍᑦ (ᐅᑎᓄᓗ, ᐊᑐᕐᓗ, ᒪᓐᓄᓐᓂᑦ, ᒪᑭᓐᓂᑦ, ᑐᑐᕐᐯᖅ, ᒪᓐᑕᓐ, ᓱᒍᕐᑭ, ᔨᑦᐊᐅᑭᓐᒍᓕᓐ) ᐊᒻᒪᓗ ᑎᑎᒪᓂᖅᓴᐊᓂᒃᑯᓗᓐ (ᐃᓕᔨᑦᓯᓚᑦᓴᓐᓄᑦ ᐃᓄᐃᔨᓚᐅᕐᓂᓴᓐᓄᓐᓂᑦ) ᐅᐃᒪᖅᑐᐃᓄᑦ ᓇᓴᒪᓐᑦᑕ ᐱᓪᓗᑎᑦᑕ, ᐃᓄᐃᓚᓱᓕᑦ, ᐃᓄᐃᔨᓚᐅᕐᓇᓕᓐᓂᓗ ᒪᓐᑐᓚᐊᓪᒻᒥᒥ ᐃᓄᐃᔨᓚᐅᕐᓇᓕᓐᓂᑦ ᐱᓇᔨᓐᐃᓐᓇᓂᓕ.
- ᐱᓇᔨᓐᑎᑦᓂᓪᓗᖅ ᐱᓪᓗᑎᒍ, ᐊᒥᔨᓄᑦ ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕘᓐᓃᓕᓂᒃᑯᓚᐅᕐᓇᔨᒍᑦ (ᐅᓪᓗᕆᔨᒍᑦ 17ᐃᑦᔨᑎᓪ ᓂᐅᑦᕈᐃᖅᓴᓐᓂᑦᑕᔨᑎᓪ). 20ᐅᑦ ᐅᓪᓗᕆᔨᒍᑦ ᐱᓇᔨᓐᑎᑦᓚᓱᐅᓪᓗᕆᔨᒍᑦᑕᓚᐅᕐᓇᔨᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓇᓂᖅ ᐅᐃᒪᖅᑐᐃᓄᑦ ᓴᓪᒻᒥᑎᕆᓇᕐᓂᓕᕆᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅ ᐃᓄᐃᔨᓚᐅᕐᓂᓴᓐᓂᑦᑕᓐᓂᓇ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᐊᕐᔪᒍᑦ ᓴᓇᕐᓴᐅᓚᕐᓂᐅᔪᓂᖅᓴᐅᓚᕐᓂᐅᔪᓂᖅᑐᑦ/ᓱᓕᓴᕐᓂᐅᔪᓂᖅᑐᑦ.
- ᔨᑕᒪᓂᒃ ᓄᓇᕘᓐᓃᓂᒃ ᓂᐅᑦᕈᐅᑕᖅᑐᑦᑕᓚᐅᕐᓇᔨᒍᑦ ᐅᑎᔨᓴᓕᕐᓂᖅ ᐅᓪᓗᕆᔨᒍᑦᑕᓚᐅᕐᓇᔨᒍᑦ ᐱᓕᕆᔨᑦᓴᓂᖅᓴᐅᓚᕐᓂᐅᔪᓂᖅᓴᐅᓚᕐᓂᐅᔪᓂᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅ ᐃᓄᐃᔨᓚᐅᕐᓂᓴᓐᓂᑦᑕᓐᓂᓇ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᐊᕐᔪᒍᑦ ᓴᓇᕐᓴᐅᓚᕐᓂᐅᔪᓂᖅᓴᐅᓚᕐᓂᐅᔪᓂᖅᑐᑦ.

ᐊᓇᔨᓴᓂᑦ ᖃᓄᓇᕘᓐᓃᓕᐅᔨᓴᓂᑦ

- ᐊᐅᔪᓐᓇᓂᓕ 2011, ᐊᓇᔨᓐᐃᓐᒍᑦ ᐃᓕᐅᑦᔨᔪᐅᓕᐅᑦᔨᓯᒪᓚᒪᓕᑦ ᐊᓇᔨᓐᑎᑦ ᐊᒻᒪᓗᓂᖅᓴᖅᑎᓂᕆᔨᓚᐅᕐᓂᓴᓐᓂᑦᑕᓐᓂᓇ, ᐱᓕᕆᔨᑐᑦ ᐊᑦᓂᔨᓯᒪᓚᖅᑐᖅ ᐊᒻᒪᓗᓂᖅᓴᖅᑎᓂᕆᔨᓯᒪᓚᖅᑐᖅ ᑭᔨᓂᔨᑎᓂᓕ 37 ᐊᓐᓂᓚᐅᕐᓇᓴᓐᓂᑦᑕᓐᓂᓇ ᑲᑐᔨᓴᖅᓂᖅᓴᐃᓐᓇᕐᓂᓕ ᐊᒻᒪᓗᓂᖅᓴᖅᑎᓂᕆᔨᓚᐅᕐᓂᓴᓐᓂᑦᑕᓐᓂᖅ. ᑌᓐᓇ ᐊᑦᓂᔨᓯᒪᓚᖅᑐᖅ ᐅᓪᓗᕆᔨᒍᑦᑕᓚᐅᕐᓇᔨᒍᑦ ᐃᒪᓐᕕᐅᓚᐅᕐᓇᓴᓐᓂᑦᑕᓐᓂᓇ *MSSS* ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓅᓚᔨᓂᔨᓚᐅᕐᓂᓴᓐᓂᑦᑕᓐᓂᓇ ᐅᓇᓱᐊᕐᓂᐅᔪᓂᖅᓴᐅᓚᕐᓂᐅᔪᓂᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅ ᐃᓄᐃᔨᓚᐅᕐᓂᓴᓐᓂᑦᑕᓐᓂᓇ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᐊᕐᔪᒍᑦ ᐊᐅᓚᑦᑎᒥ (ᓄᓇᕗᑦᖃᐃᓐᓇᔨᓐᓂᖅ 17 ᐊᒻᒪ 18 ᓄᓇᕘᓐᓃᓕᓂᒃ). ᐊᒻᒪᓗᓂᖅᓴᖅᑎᓂᕆᔨᓚᐅᕐᓂᓴᓐᓂᑦᑕᓐᓂᓇ ᓇᓗᓇᔨᓚᐅᕐᓂᓴᓐᓂᑦᑕᓐᓂᓇ ᐃᓕᓐᓂᑦᐊᔨᑦᓯᐊᓂᖅᓴᐅᓚᕐᓂᐅᔪᓂᖅᓴᐅᓚᕐᓂᐅᔪᓂᖅᑐᑦ ᐊᓇᔨᓐᑎᑦᓂᐅᔪᓂᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐅᔪᓂᖅᓴᐅᓚᕐᓂᐅᔪᓂᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗᓂᖅᓴᖅᑎᓂᕆᔨᓚᐅᕐᓂᓴᓐᓂᑦᑕᓐᓂᓇ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᐊᕐᔪᒍᑦ ᐊᐅᓚᑦᑎᒥ (ᓄᓇᕘᓐᓃᓕᓂᒃ 3Γ ᐊᒻᒪᓗᓂᖅᓴᖅᑎᓂᕆᔨᓚᐅᕐᓂᓴᓐᓂᑦᑕᓐᓂᓇ ᐊᓇᔨᓐᑎᑦᓂᐅᔪᓂᖅᑐᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᐊᕐᔪᒍᑦ ᐊᐅᓚᑦᑎᒥ (ᐊᓐᓂᓚᐅᕐᓇᓴᓐᓂᑦᑕᓐᓂᓇ

ᐃᓄᓱᓕᓇᓂᖅᓂᓗᓗ), ᑕᒪᖏᑦ ᐱᕆᓗᓈᓂᓕᐊᑎᑦ ᐊᒪᒪ ᖃᐅᔨᒪᓱᕆᕈᓚᑦ. ᑲᑎᑦᓴᑦ ᐃᒪᖏᖅᓕᐊᑭᑎᑦᓴᑦ *MSSS* ᓄᓇᑦ ᐊᐅᕆᑕᑎᑕᐅᔨᓚᐅᖅᑦ ∇ᓚᓕ 14Γ, 2012 ᐊᑐᓕᖅᑎᑕᐅᔪᓯᓕᖅᓱᑎᓗᓗ ᓱᓕᓂᖅᒥ. ᐱᓇᓱᑎᖏᓐᓇᒪᓱᓕᐊᑭᑎᑦᑕ ᐊᓱᐅᔪᑦ, ᐊᑦᑐᑭᓐᓄᖅᑭᑐᒪᒃᓯᒪᑦ ᐊᖏᑦᑐᓱᒪᔨᓚᑦᑐᓂᖅ (3, 4, ᐊᒪᒪ 5), ᐃᓕᐅᑎᑦᓱᓱᒪᓂᐅᓕᖅᒥᔨᑦ ᐱᒋᐅᖅᓴᓱᑎᐅᔪᓐᓇᓕᓴᐅᖅᑦᑕᖅᑦᑕ ᐃᓄᓕᓕᓐᓂ, ᓄᓇᓐᓂ ᐱᓇᓱᑎᑦ ᐊᑦᓕᐱᒪᒥ ᐱᓇᓱᑎᑦ, ᐱᔨᓐᓇᐅᑎᓕᑦ 1Γ 2Γᓗ. ᑐᖏᓴᖅᑦ ᑕᒪᖃᐊ ᐱᓇᓱᐊᒪᑦᓴᖅᑐᑦᑕᐅᒪᔨᐃᑦ ᐱᔨᓐᓇᓱᓕᓱᑎᑦᑕ ᐱᓇᓱᒪᓕᓐᓂᖅ ᑕᒪᖃᓂᖅᓴᖅ ᐅᖃᐅᔾᔨᖏᓐᓇᖅᑐᖅ, ᓄᓕᓂᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᑎᑦᓯᓂᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᒪᓂᖅᑐᑦ ᐱᓕᕆᓕᐊᑭᑎᑦᓴᑦ ᐃᓄᓱᓕᓇᓂᖅᓴᓱᑎᐅᔪᓐᓇᓕᓴᐅᖅᑦ ᐊᑦᓕᐱᒪᓂᖅᑐᑦ. ᑕᓐᓇ ᐱᓇᓱᐊᒪᑦᓴᖅ ᐱᒋᐅᖅᓴᓱᑎᓂᓱᓕᓂᖅᓴᓱᑎᐅᔪᓐᓇᓕᓴᐅᖅᑦᑕᖅᑦᑕ ᐃᓄᓱᓕᓇ

ᐃᓕᓴᕐᓂᓕᕆᓂᖅᓄᑦᑎᐊᓂᖅ ᐃᓄᐃᕐᓂᓕᕆᓂᖅᓄᑦᑎᐊᓂᓗ, ᐅᖃᐅᓯᖅᑕᖅᑐᖅᑕ ᐃᒪᓐ: “ᐊᓐᓂᑦᓯᐅᕐᓂᓂᐊᕐᓂᒪᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᒥᒃᑎᓂᕐᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᕐᓯᒋᐊᓂᖅᓄᑦᑎᐊᓂᖅ, ᐱᑦᓴᓄᓐᓂᕐᓯᐅᑎᓂᖅᓄᑦᑎᐊᓂᖅᓄᓗ ᑮᑦᓂᕐᒥᒃᐅᑎᒃ. ᑮᑦᓂᕐᒥᒃᐅᑎᒃ ᓇᓗᓂᖅᓯᒪᓐᓂᐊᓗᓂ ᐊᐅᓚᑦᓯᕐᓯᒋᐊᖅᑕ ᐃᓂᑦᓚᕐᒥᒃᐅᑎᓯᒋᐊᓂᖅᓄᑦᑎᐊᓂᖅᓂᓗ ᐊᐅᓚᑦᓯᕐᓯᒋᐊᓂᖅᓄᑦᑎᐊᓂᖅᓂᓗ ᐊᐅᓚᑦᓯᕐᓯᒋᐊᓂᖅᓄᑦᑎᐊᓂᖅᓂᓗ ᐃᓚᐅᑎᑦᓴᑦ ᐊᓐᓂᑦᓯᐅᕐᓂᓂᐊᕐᓂᒪᑦ ᐊᓐᓂᑦᓯᐅᕐᓂᓂᐊᕐᓂᒪᑦ ᐃᓚᐅᑎᑦᓴᑦ. ᐃᓂᑦᓚᕐᒥᒃᔪᒪᓂᖅᓄᑦᑎᐊᓂᖅ ᑮᑦᓂᕐᒥᒃᐅᑎᒃ ᖃᐅᔨᖅᑕᐅᓂᖅᓄᑦᑎᐊᓂᖅ ᐃᓚᐅᑎᑦᓴᑦ ᐊᓐᓂᑦᓯᐅᕐᓂᓂᐊᕐᓂᒪᑦ ᐊᓐᓂᑦᓯᐅᕐᓂᓂᐊᕐᓂᒪᑦ ᐃᓚᐅᑎᑦᓴ

ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑦ ᓱᓕᒋᐊᕐᓂᖅᓴᓂᖅ ᐱᑦᔨᔪᓂᓵᑦ

ᐅᖃᐅᓱᑦᓴᖅᑎᑦ ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᓱᔪᐅᑦ

ᐱᖅᓯᒪᑎᑕᐅᓕᓕᐅᖅᓱᒪᒫᒪᑦ 2009ᒥᓂᖅ, ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑦ ᓱᓕᒋᐊᕐᓂᖅᓴᓂᖅ ᐱᑦᔨᔪᓂᓵᑦ ᑲᔪᓱᐊᖅᑎᓂᖅ ᑲᒪᒋᔭᖅᑎᑐᖅ ᐊᐅᓕᑦᑐᓂᖅ ᐃᒪᖅᑐᑎᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑦ ᐃᒪᖅᑐᑎᓂᖅᖅᓯᒪᑐᐃᑦ ᐱᓕᕆᓕᓴᐃᑎᑕᐅᑎᑦᓱᓂ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑦᓴᖅᑐᕐᓴᐅᓱᓂ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑦᓴᖅᑎᑦᓴᕐᓂ ᓄᓇᕕᐅᑦ ᐊᐟᓂᐊᓱᐅᖅᓯᓂᓵᕕᖅᓂᓂᖅ ᑕᒪᖅᓂᖅ.
ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᓱᓂᒪᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅ ᓱᓕᒋᓄᐊᖅᑎᓱᔪᐅᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᓴᖅᑕᐅᒪᔨᒪᓱᖅᓯᑦ ᓄᓇᕕᓂᒧᓄᐊᖅᑎᑦ ᐊᐟᓂᐊᓱᐅᖅᓯᓂᓵᕕᖅᓂᓂᖅ ᐊᖅᓯᒪᓂᖅᓴᖅᑎᑦᓴᕐᓂ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑦ ᐃᒪᖅᑐᑎᓂᖅᖅᓯᒪᑐᐃᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑦᓴᖅᑎᑦᓴᕐᓂ ᐱᑦᔨᔪᓂᓵᑦ ᐊᐟᓂᐊᓱᐅᖅᓯᓂᓵᕕᖅᓂᓂᖅ

ᐱᒪᒪᓕᐅᓂᖅᓯᐅᖃᕐᓂᖅ ᐅᐃᒪᓇᖃᑎᒌᓂᓗ ᑲᒪᒋᑦᓴᒪᓕᕆᓂ ᓄᑦᑕᐅᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᒪᓐᓄᑐᐊᒻᒪ ᐊᐅᓂᐊᓕᐊᖅᑐᓂᓕᕆᑦ *MNQ* ᐊᑦ ᓇᔪᖅᑕᖏᑦ. ᑕᓐᓯᓂ ᐊᖅᖃᔪᒋᓕᐅᖅᑕᓂᑎᓂ, ᐊᒋᔪᐃᑎᒍ ᐱᓇᔪᓐᓇᐅᖅᑕᖏᑦᑐᓂ ᐊᓂᖅᓂᑦᑐᓂᓗ *MSSS*ᐊᓂᑦ ᐊᓂᖅᖃᑎᑎᓇᔪᐊᖅᔪᒋᑦ *MNQ* ᐊᓂᒃ ᐱᓇᔪᑦᑕᑐᑦ ᑐᔪᖅᒋᐅᓕᐅᖅᑕᖏᑦᑐᓗ ᐊᓂᓂᐊᓕᐊᖅᑎᑕᐅᓕᔪᐃᑦ. ᑕᒪᑕᒪ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᖃᓂᖅᓴᖅᑐᒍᑦ ᐊᔪᐃᐅᓇᐅᑎᓕᖅᑐᑦ ᑲᔪᓯᒪᓇᓂᖅᓴᖅ 2013.

ᓈᓴ ᔪᐊᑦ

ᐃᓚᒪᖅᐳᑎᓄᑦ ᐃᓚᒪᖅᐳᑎᖅᓴᖅᑭᑐᔭᐃᑦ ᐱᓕᕆᓂᖅᓯᑎᑦᑕᑦᑕᑎᑦ

ᐃᓚᒪᖅᐳᑎᓄᑦ ᐃᓚᒪᖅᐳᑎᖅᓴᖅᑭᑐᔭᐃᑦ ᐱᓕᕆᓂᖅᓯᑎᑦᑕᑦᑕᑎᐳᑦᓯᓂ ᐱᓇᓱᐊᒪᑦᓴᖅᔪᖅᑕᐳᒪᔨᖅ ᐊᒥᓱᓄᑦᓂᓂᖅ ᐱᐃᑦᓴᑦᖅᒪᑦ ᐱᑦᔨᔨᔪᓐᓇᒪᓗ ᐊᑐᐃᓐᓇᐳᑎᑦᑕᐳᓕᒪ ᐃᓂᐳᔨᖅᓯᑎᖅᑎᓐᓄᑦ *JBNQA* ᔪᑦ ᐊᓱᖅᑎᓐᓄᑦ ᐱᑦᔨᔨᐃᓐᓄᑦ ᐅᓕᑲᓐᓂᑦ ᓯᐱᐊᖅ ᐱᓇᓱᐊᒪᑦᓴᖅᓯᑎᑦᑕᐳᓕᒪᔭᖅᑎᑐᔪᑦ.

ᐃᓚᒪᖅᐳᑎᓄᑦ ᐃᓚᒪᖅᐳᑎᖅᓴᖅᑭᑐᔭᐃᑦ ᐱᓕᕆᓂᖅᓯᑎᑦᑕᑦᑕᑎᐳᑦᓯᓂ ᐱᓇᓱᐊᒪᑦᓴᖅᔪᖅᑕᐳᒪᔨᖅ ᐅᓯᓂᖅᓴ ᐋᓕᓂᑦᓴᐅᓂᖅᓯᓂᓕᓂᖅᓯᓂᖅᔭᖅᓴᖅ ᐱᓕᕆᓂᖅᓯᑎᑦᑕᑦᓯᑦ ᐃᓐᓂᓕᓚᐅᑎᓕᖅᓯᓂᖅᓴᖅᑭᑐᔭᐃᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐳᑎᑦᑕᑦᑕᑎᐳᑦᓯᓂ (2011) ᑕᓓᒥᐊᖅᑕᐅᔪᓐᓇᓓᓕᒪᔨᓂᑦᑐᑦ ᐃᓗᓕᖅᑕᖅᑐᑦ ᓓᓇᒥᑦᓓᐊᓕᖅᑎᓗᓕᑦ:

- ᐋᖅᖃᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᓓᐅᖅᑎᑕᓚᒪᑦ ᓓᖅᖃᐃᐃᑕᐅᒪᔨᖅ;
- ᐋᓐᓂᐊᓓᐅᖅᓂᓕᓚᐅᑎᑦ ᐃᖅᖃᓄᑦ ᐃᖅᖃᕆᖅᑎᐃᐃᓕᓐᓂᖅ;
- ᐋᓐᓂᐊᔨᓕᓚᐅᑎᑦ;
- ᐊᐅᓕᑕᐅᓂᖅᒥᑦ ᐃᓗᓐᓄᓂᖅᒥᓇᓐᓂᖅ, ᒪᓕᓐᑎᑦ, ᑐᕆᓵᑦ, ᑐᔨᖅᒥᐅᐃᖅᒥᓗ;
- ᐃᓵᓕᓚᓴᐅᓂᑦ, ᐃᓴᐅᑎᑦᓄᖅᒥᑦ ᐃᓕᓚᐅᑎᓐᓄᓗᒥᑦ ᐃᓵᓴᒍᑦᑐᐃᓚᓗ ᓴᒥᐊᖅᖃᓄᖅᓴᓕᓚᓴᐅᔨᑦᑕᑦᑕ ᐋᓐᓂᐊᓓᐅᖅᑎᑕᓚᒪᔪᑦ;
- ᑭᔪᑎᓕᓚᓴᐅᓂᑦ;
- ᓓᐅᑎᓕᓚᓴᐅᓂᑦ;
- ᐃᓐᓇᒪᓕᓚᓴᐅᓂᑦ (ᓓᕆᑭᑦᑐᔨᑦᑕ);
- ᐅᑎᖅᕕᐅᓂᑦ ᐃᖅᖃᓄᖅᓴᓂᓕᓚᐅᑎᓐᓄᑦ.

ᐱᓇᓱᐊᖅᕕᐅᑦ ᓓᓇᓱᐊᖅᓂᕆᕕᓂᖅᓯᑦ

- ᐅᑭᐊᖅᓚᓂ 2011, ᐃᓚᒪᖅᐳᑎᓄᑦ ᐃᓚᒪᖅᐳᑎᖅᓴᖅᑭᑐᔭᐃᑦ ᐱᓕᕆᓂᖅᓯᑎᑦᑕᑦᑕᑎᐳᑦᓯᑎᓂᒃ ᑲᒪᔨᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓗᑦ ᑲᓇᑕᒥᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᑲᑎᕐᓯᓚᐅᑎᓕᖅᓯᖅᓱᖅ ᓴᓪᓕᐊᓘᑦ ᑲᑎᕐᓯᓚᐅᑎᓕᖅᓯᖅᓱᖅ

- ᐱᓇᓴᒪᑦᓴᖏᑦᑕᐅᒪᔪᖅ ᐱᖅᖏᒍᐃᓂᐊᓴᓂᒍᑦ ᐊᑐᖏᑎᑦ ᒪᓕᒪᑦᓴᔪᑎᑎᑦᑕᓂᐊᓕᓴᑕᖏᑦᓂᐊᓂ ᐃᓄᓂᐃᑦ ᑕᐱᓱᓕ ᑲᓇᑕᒥ ᐱᓇᓴᐊᖅᑎᑎᑦᑕᑐᒍᒍᑦ ᐃᓄᓕᑕᖏᑦᑐᓂᐊᓕᖅᑐᑦ ᐊᑐᖏᓂᖅᓴᐊᔪᓂᐊᓂ ᐊᑐᖏᓂᖅᓴᐊᒍᓂᐊᓂᖅ ᓄᓇᖅᖏᕕᐅᔪᓂᐃᑦ ᐃᓄᓐᓂᑦ ᓴᑕᒪᓂᐃᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᐊᑐᓂᑦ.

- ᓄᓇᕗᓕᒫᐊᖅᓴᔪᓂᐃᑦ ᐊᐅᓪᑕᑎᐅᔪᐃᐃᑦ ᐊᑐᖏᑎᑦ ᒪᓕᒪᖏᑎᑦᓴᖅᑎᑦ ᒪᓂᔭᐅᓪᓴᖅᓂᐊᓕᓴᖏᑐᑦ ᑲᑎᒪᔨᓂᐊᓂ ᓴᖅᑭᑎᓂᐊᓂ ᖃᖅᑎᑦ. ᐃᓕᑕᖏᓂᖅᓴᐊᔪᓂᐃᑦ ᖃᐅᔨᒪᔪᓴᖅᑎᑦᑕᐅᓂᐊᓕᓴᖏᑐᑦ ᐃᓕᓴᖅᑎᑦᑕᐅᓂᐊᓕᓴᖏᑐᑦ ᐃᓄᓐᓂ

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

SUMMARY FINANCIAL REPORT

MARCH 31, 2012

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SUMMARY FINANCIAL REPORT
MARCH 31, 2012

TABLE OF CONTENTS

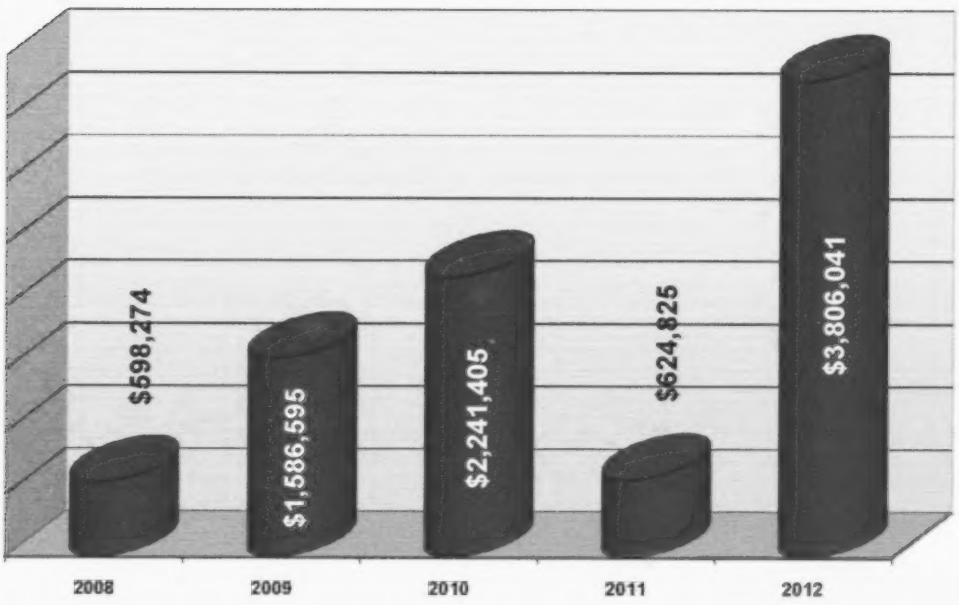
	Part
SYNOPSIS REVIEW	I
FINANCIAL STATEMENTS	
INUKTITUT	II
ENGLISH	III
FRENCH	IV

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SYNOPSIS REVIEW
MARCH 31, 2012

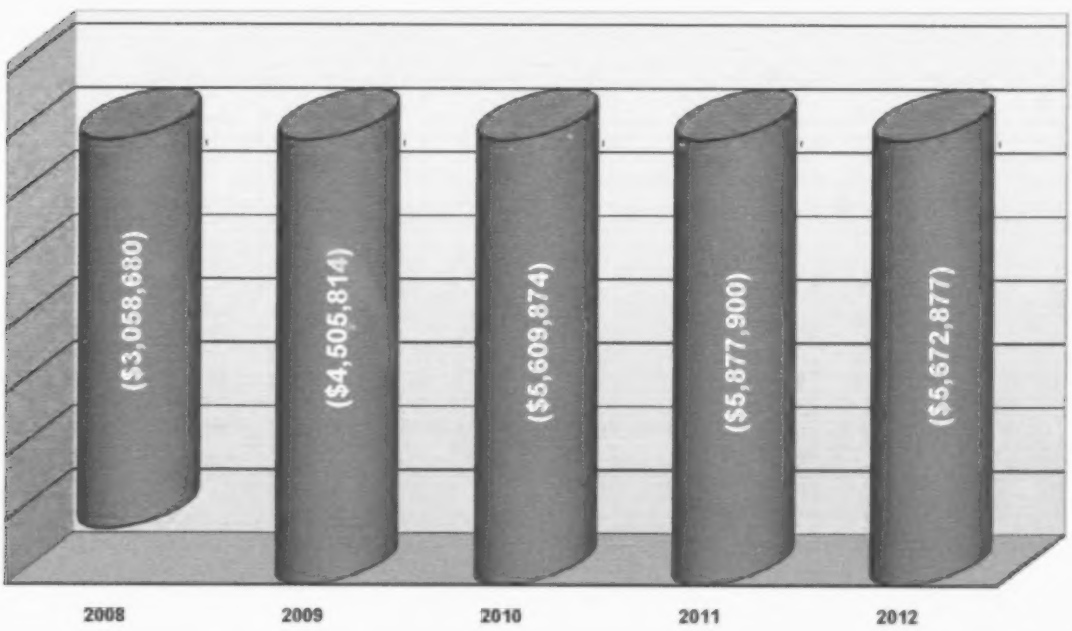
TABLE OF CONTENTS

	Page
COMBINED CASH POSITION	1
OPERATING FUND	
FUND BALANCE	1
EXCESS (DEFICIENCY) OF REVENUE OVER EXPENDITURE	2
EVOLUTION OF THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES' GRANTS	2
SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR	3
ASSIGNED FUND	
FUND BALANCE	3
FUND BALANCE BY DEPARTMENT	4
EVOLUTION OF THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES' GRANTS	4
SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR	5

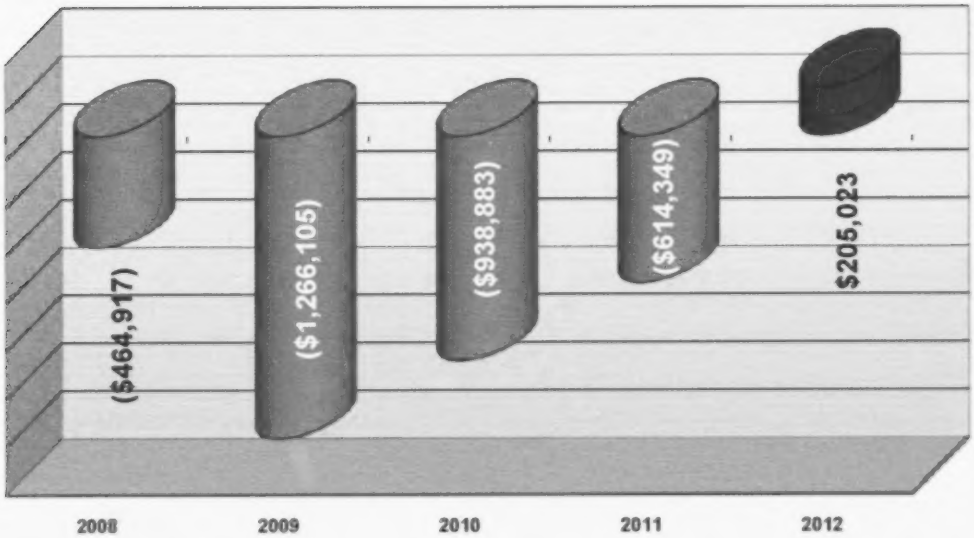
COMBINED CASH POSITION



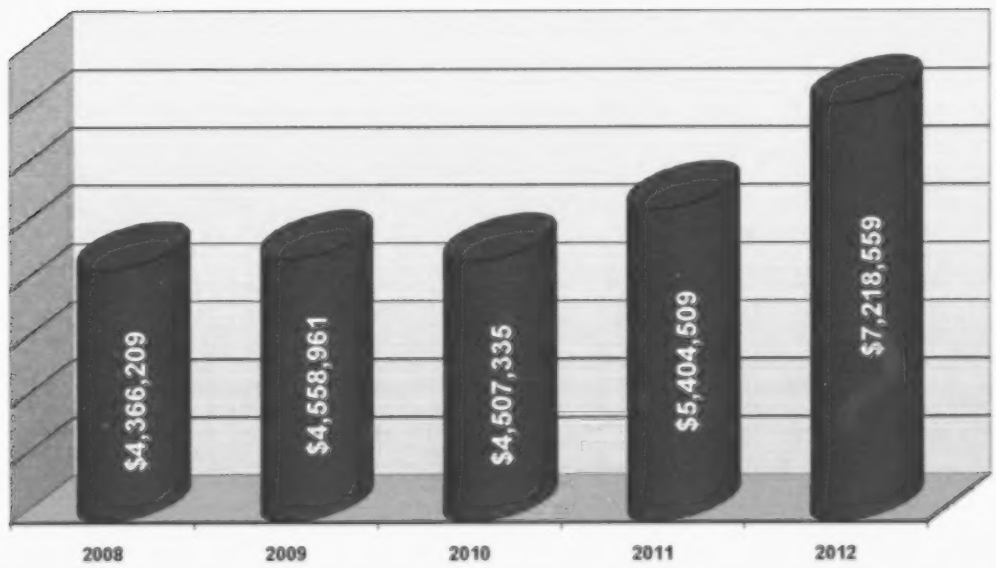
OPERATING FUND - FUND BALANCE



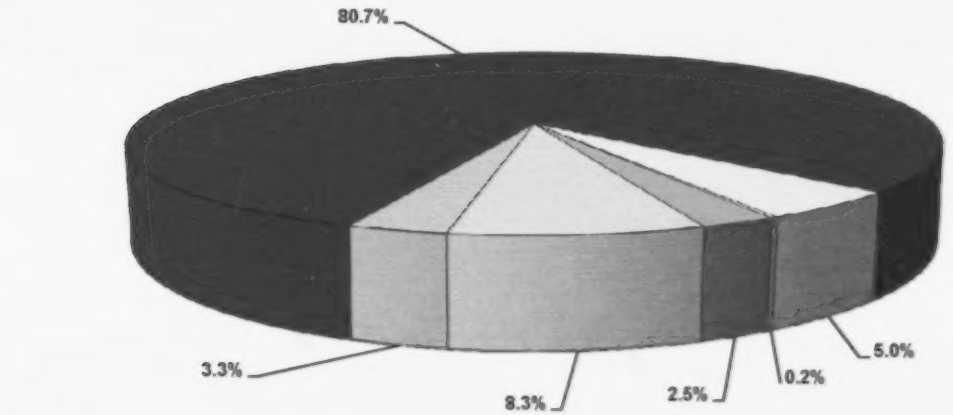
OPERATING FUND - EXCESS (DEFICIENCY) OF REVENUE OVER EXPENDITURE



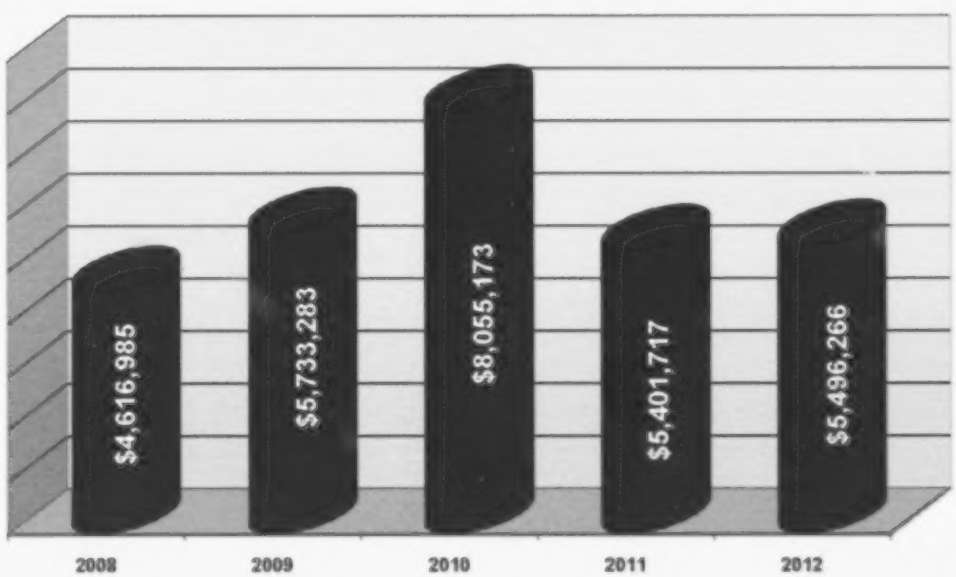
OPERATING FUND - EVOLUTION OF THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES' GRANTS



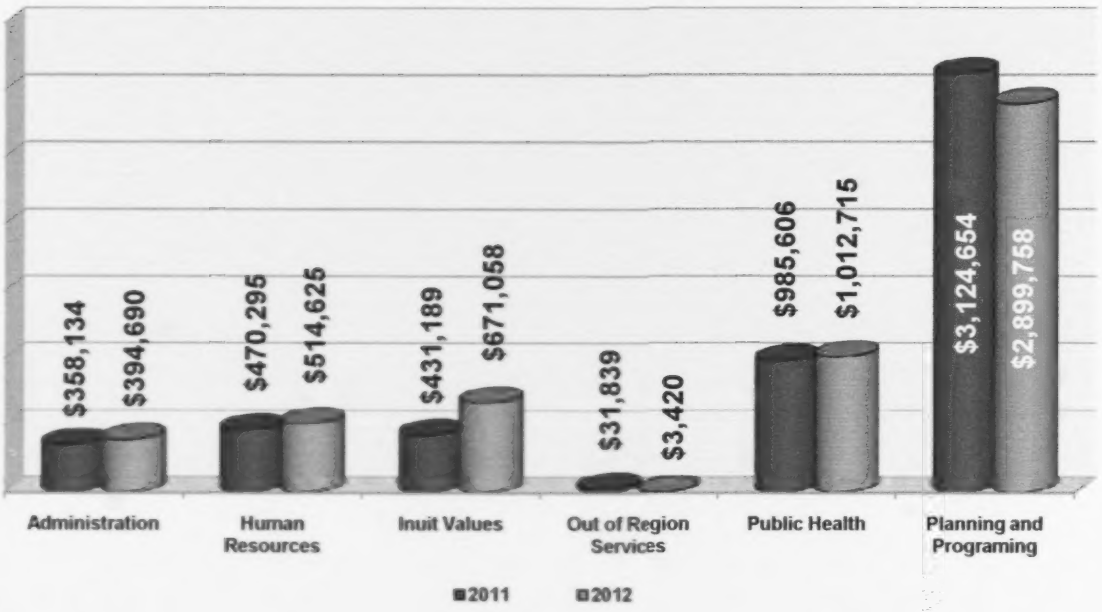
OPERATING FUND - SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR



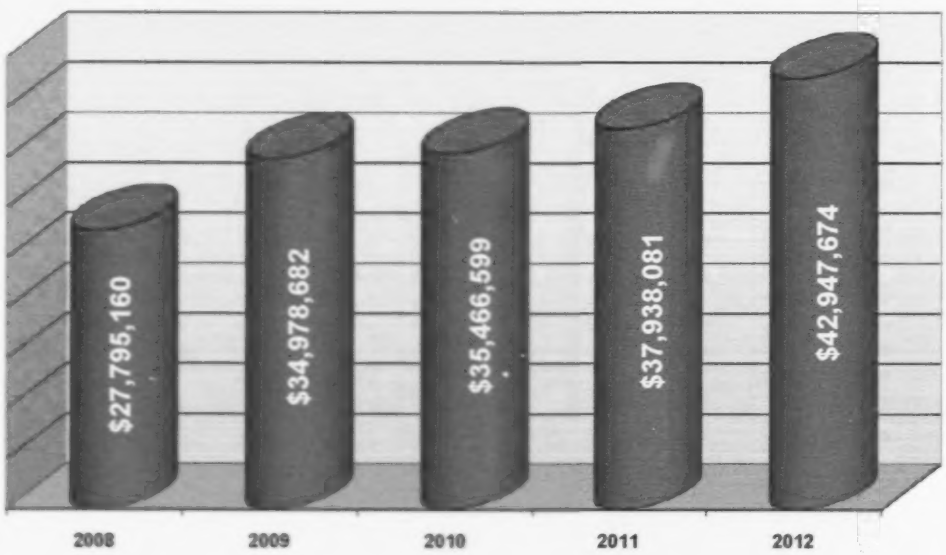
ASSIGNED FUND - FUND BALANCE



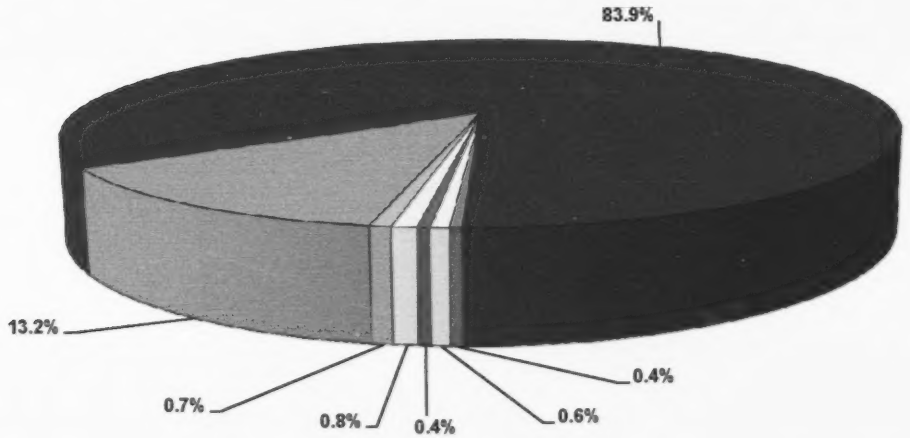
ASSIGNED FUND - FUND BALANCE BY DEPARTMENT



ASSIGNED FUND - EVOLUTION OF THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES' GRANTS



ASSIGNED FUND - SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR



- I.N.A.C. (0.7%)
- Health Canada (13.2%)
- Health and Social Services (83.9%)
- Health Centres contributions (0.4%)
- C.S.S.T. (0.6%)
- Inuit Tapiriit Kanatami (0.4%)
- Other (0.8%)

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓚᖏᓕᕆᓂᖅᑎᑦ ᐱᔪᑦᑎᓂᓐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ
ᑭᓇᐅᔭᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᐊᑦᓯᐊᕐᓗᒍᑎᖅᑎᑦ
ᐃᑦ 31, 2012

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓚᖓᔪᓂᖅᑎᑦ ᐱᔪᓐᓇᖅᓯᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑭᓇᐅᔭᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᐊᑦᓯᒋᐊᕐᓇᖅᑐᑦ
ᐃᑦᔨ 31, 2012

ᐃᓚᓕᖅᑎᑦ

	ᓯᑕᒫᓂᖅ
ᑲᑎᒪᔨᓕᒃᑯᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ	3
ᑲᑎᒪᔨᓕᒃᑯᑦ ᑭᓇᐅᔭᕋᓂᖅ ᐊᓯᖏᓐᓂᒃᑯᑦᑕ ᐊᑦᓯᒋᐊᕐᓇᖅᑎᑦ (ᐊᑭᓕᑦᓴᑦ)	4
ᑲᑎᒪᔨᓕᒃᑯᑦ ᐊᓯᖏᓐᓂᒃᑯᑦᑕ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ	5
ᑭᓇᐅᔭᕋᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᓴᖃᑎᒌᓗ ᐊᑦᓯᒋᐊᕐᓇᖅᑎᑦ ᑲᑎᒪᔨᓕᒃᑯᑦ	6
ᑭᓇᐅᔭᑦ ᐃᓅᓯᕐᓄᑦᓯᔪᓂᖅ	
ᑲᑎᒪᓂᖓ	8
ᑲᑎᒪᓂᖓᓂᑦ ᐊᑦᓯᒋᐊᕐᓇᖅᑎᑦ	9
ᑭᓇᐅᔭᕋᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᓴᖃᑎᒌᓗ ᐊᑦᓯᒋᐊᕐᓇᖅᑎᑦ	10
ᑭᓇᐅᔭᕋᑎᒍᓐᓇᓂᖅ	
ᑲᑎᒪᓂᖓ	11
ᑲᑎᒪᓂᖓᓂᑦ ᐊᑦᓯᒋᐊᕐᓇᖅᑎᑦ	12
ᑭᓇᐅᔭᕋᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᓴᖃᑎᒌᓗ ᐊᑦᓯᒋᐊᕐᓇᖅᑎᑦ	13
ᐊᑯᓂᓴᖃᑦ ᑭᓇᐅᔭᖏᓐᓄᓯᔪᓂᖅ ᐱᐅᔭᕋᑎᒃᓴᓂᖅ	
ᑲᑎᒪᓂᖓ	14
ᑲᑎᒪᓂᖓᓂᑦ ᐊᑦᓯᒋᐊᕐᓇᖅᑎᑦ	
ᑭᓇᐅᔭᕋᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᓴᖃᑎᒌᓗ ᑐᖏᓕᐅᑦᓱᓂᕆᔨᓴᓂᐅᑦ	15
ᑭᓇᐅᔭᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᐊᑦᓯᒋᐊᕐᓇᖅᑎᑦᑕ ᑐᑭᓯᓇᑦᑎᓂᖅ	18

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓚᖓᔪᓂᖅᑎᑦ ᐱᒋᐊᕆᔨᓂᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑲᑎᕐᕕᒃᓴᑦ ᑲᑎᒍᑎᖏᑦ
ᐃᑦᔨ 31, 2012

	2012 $	2011 $
ᐱᔨᓴᙳᑎᑦ		
ᐃᓕᓴᕐᕕᑎᓯᒪᔨᓂᖅ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᓂᖅ	**3,806,041**	624,825
ᑐᓴᖅᓯᒪᓂᖅ ᐃᑎᖕᒪᑦ	**81,902,287**	126,599,342
	85,708,328	127,224,167
ᐊᑭᓕᕆᓂᖅᓄᑦ		
ᑭᓇᐅᔭᖅᑕᐅᓂᖅᓄᑦ ᐊᑐᕐᓂᑦ	**5,727,212**	8,151,572
ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᓂᓯᒪᔭᖅᑐᑎᑦ	**33,267,204**	48,556,290
ᐊᑭᓚᕐᓇᑦ ᐊᑭᓚᕐᓇᒃᓯᓯᒪᔪᓐᓇ	**23,624,758**	61,610,727
ᓄᑦᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑭᓇᐅᔭᖅᓴᐅᑎᑦ	**488,193**	-
ᓴᐃᓗᖅ ᐊᑭᓚᖃᖅᑐᑦ	**35,175,902**	19,633,009
	98,283,269	137,951,598
ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᑭᓇᐅᔭᖅᓯᑎᓗᒃᑖᑦ (ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐊᑭᓚᕐᓇᑦ)	**(12,574,941)**	(10,727,431)
ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᖅᑐᓂᒃᑯᑦ ᐱᔨᓴᙳᑎᑦ		
ᑭᓇᐅᔭᖅᓴᙳᑎᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ	**12,398,330**	10,251,248
	12,398,330	10,251,248
ᑭᓇᐅᔭᖅᓴᙳᑎᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ		
ᑭᓇᐅᔭᖅᓴᙳᑎᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ	**(176,611)**	(476,183)

ᑲᑎᒪᔨᖏᓪᓗ ᐱᔪᓐᓇᕐᓂᖅ:

_____, ᑲᑎᒪᔨᖏᓪ

_____, ᑲᑎᒪᔨᖏᓪ

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓗᐊᓕᓴᕐᕕᓂᖅ ᐱᔪᑦᑎᓂᖅᓴᓂᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑕᐅᓂᑦ
ᑭᓇᐅᔭᕐᓂᐊᕐᓂᑦ ᐊᓯᑦᑎᑦᓯᓚᖅᑐᑦ ᐊᑦᓚᑎᐊᓯᒪᔪᓂᑦ (ᑲᑎᑦᓯᓯᑦ ᐊᑭᓕᑦᑭᑦ)
ᐊᖏᕐᕋᔪ ᐃᓯᓕᑦᑐᖅ 31, 2012

	2012 $	2011 $
ᐊᑐᖅᓯᒪᔪᖅ(ᐊᑭᓕᖏᑦᑎᐊᖅᑐᑦ)	**299,572**	(3,000,881)
ᐊᑦᓚᖓᔪᑎᑎᑕᐅᔪᑦᓚᑐᑦ - ᑭᓇᐅᔭᓕᕆᔨᑦ ᐊᓯᑦᑎᓂᖅᓴᓂᑦ ᐅᕆᓕ 1, 2008	-	(6,964,457)
ᐊᑦᓚᖓᔪᑎᑎᑕᐅᔪᑦᓚᑦᑎᑦ - ᑭᓇᐅᑦᔨᕿᓂᖅᓱᒃᓴ (ᐊᑦᓚᓯᒪᓴᖅ 11)	-	(420,000)
ᐱᐅᔪᓂᒪᓕᕆᑦ ᐊᓯᑦᑎᑦᓯᖅᓂᑦ		
ᐱᐅᔪᓂᒪᓕᕆᑦᑕᑭᑎᑦ	**(2,695,886)**	(3,812,558)
ᐱᐅᔪᓂᒪᓕᕆᑦ ᐊᑭᑭᑦᕿᓂᐊᖅᓂᑦ - ᐊᑦᓚᖓᔪᑎᑎᑕᐅᔪᑦᓚᑦᑎᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᓴᖅ 12)	**548,804**	525,767
	(2,147,082)	(3,286,791)
ᐊᑦᑎᑭᖓᓂᖅᓂᑦ ᑭᓇᐅᔭᕐᓂᐊᕐᓂᑦ ᐱᐅᔪᓂᒪᓂᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᓂᑦ (ᐊᑭᓕᑦᑭᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᓂᑦ)	**(1,847,510)**	(13,672,129)
ᐊᑦᑐᒍᑦ ᐱᑕᐊᑦᓂᖓᓄᓂ - ᐊᑦᑎᑭᖓᓂᖅᓂᑦ ᑭᓇᐅᔭᕐᓂᐊᕐᓂᑦ ᐱᐅᔪᓂᒪᓂᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᓂᑦ (ᐊᑭᓕᑦᑭᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᓂᑦ)	**(10,727,431)**	2,944,698
ᐃᓕᓴᖓᓄᓂ ᑲᑎᒍᑎᓄ - ᐊᑦᑎᑭᖓᓂᖅᓂᑦ ᑭᓇᐅᔭᕐᓂᐊᕐᓂᑦ ᐱᐅᔪᓂᒪᓂᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᓂᑦ (ᐊᑭᓕᑦᑭᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᓂᑦ)	**(12,574,941)**	(10,727,431)

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕘᓕᒫᑦ ᐃᓗᐊᓕᖅᓯᒪᔪᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᖅᓴᖅᑎᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ ᑲᑎᒪᔨᓴᖅᑎᑦᑕ ᑲᑎᒍᑎᖅᑎᑦ ᐊᖏᖅᓯᒪᔪᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅ 31, 2012

	2012 $	2011 $
ᑭᓇᐅᔭᕋᓱᒃ - ᐊᖏᖅᓯᒪᔪᓂ ᐱᒋᐊᖅᓯᖓᓄᑦ	**(476,183)**	16,241,100
ᐊᒃᓕᖅᓯᒪᔪᖅᑕᐅᒋᐊᒃᓕᒃᑐᒃ - ᑭᓇᐅᔭᕋᓱᒃ ᐊᓯᖏᓐᓄᑦ ᐅᓇᓕ 1, 2008	-	(6,964,457)
ᐊᒃᓕᖅᓯᒪᔪᖅᑕᐅᒋᐊᒃᓕᓯᒃ - ᑭᓇᐅᑦᔨᕐᓗᓂᖅᓴᓂ (ᐊᒃᓕᓯᓚᐅᖅ 11)	-	(420,000)
ᐊᒃᓕᖅᓯᒪᔪᖅᑕᐅᒋᐊᒃᓕᒃᑐᒃ - ᑎᐱᐅᔪᑎᒍᓐᓇᖅᓴᖅᑕ ᐊᑭᑭᑦᑐᓕᐊᓂᖅᓴᓂ (ᐊᒃᓕᓯᓚᐅᖅ 12)	-	(6,331,945)
ᑭᓇᐅᔭᒃ-ᐊᖏᖅᓯᒪᔪᓂ - ᐱᒋᐊᖅᓯᖓᓄᑦ - ᐊᒃᓕᖅᓯᒪᔪᖅᑕᐅᓯᐊᓯᓚᐅᑎᒍᒃ	**(476,183)**	2,524,698
ᑭᓇᐅᔭᖅᑐᓗᐊᑭᑎᑎᐅᓯᓚᐅᖅ (ᖁᓕᖅᓯᐅᑎᒍᔪᖅᑎᑦ) ᑭᓇᐅᔭᕋᓱᒃᑎᓂᒃ	**299,572**	(3,000,881)
ᑭᓇᐅᔭᒃ ᑲᑎᒪᓂᖅᓴᓕ - ᐊᖏᖅᓯᒪᔪᓂ ᐃᓯᓂᖅᓴᓕᓂ	**(176,611)**	(476,183)

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᓕᒻᒥᐅ ᐃᓕᓴᕆᓂᖅᑕ ᐱᒋᐊᕆᔨᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑲᑎᕐᕕᒋᑦ ᑭᓇᐅᔭᕐᓂᑦ ᑭᓇᐅᔭᕐᑐᑭᓂᓗ
ᐊᖏᕐᒧᑐ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᐅᑦ 31, 2012

	2012 $	2011 $
ᑭᓇᐅᔭᕐᓂᑦ		
ᑭᓇᐅᔭᓕᐊᑦ ᑐᓂᖏᑉᐳᐊᑦᓗ	**60,052,226**	51,459,694
ᐃᑦᓗᓂᒃ ᐊᑦᑕᑐᑭᓂᑦ	**446,946**	561,335
ᓄᓇᕗᒻᒥᑎᒍᑦ ᐱᒋᔭᐅᓇᒃ	**299,597**	281,208
ᐊᐅᓪᓚᕆᓂᕐᓂᖅᓯᒪᑦ ᐊᑭᑦ	**226,773**	301,467
ᖃᑐᐊᖅᑎᑦ	**18,382**	7,612
ᐊᓱᖅᑎᑦ ᑭᓇᐅᔭᑦ	**722,266**	5,525
	61,766,190	52,616,841
ᑭᓇᐅᔭᑦ ᓄᑎᑕᐅᓱᒪᔪᑦ - ᐊᖏᖃᒍᑦ ᐱᑭᐊᖏᓂᖅᓴᓂ	-	233,323
ᑭᓇᐅᔭᑦ ᓄᑎᑕᐅᓱᒪᔪᑦ - ᐊᖏᖃᒍᑦ ᐃᓱᓕᓂᖅᓴᓂ (ᐊᓕᓱᒪᔪᖅ 4)	**(488,193)**	-
	(488,193)	233,323
	61,277,997	52,850,164

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓚᖓᓕᕆᓂᖅᑎᑦ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ
ᑲᑎᒪᓂᕐᓂᖅᓄᑦ ᐊᓯᐅᓚᐅᖅᓯᒪᔪᑦ ᐊᓯᐅᓚᐅᖅᓯᒪᓕᕆᓂᖅᓄᑦ
ᐊᖏᕐᒧᑐ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓂ ᒪᓕᒃ 31, 2012

	2012 $	2011 $
ᐊᓯᐅᓚᐅᖅᓯᒪᓕᕆᓂᖅ		
ᐊᓯᐅᑦᓴᖅᑎᑦ ᐱᓕᕆᔨᓂᖅᓄᑦ	**9,231,563**	7,977,923
ᐊᐅᓪᓚᕆᓚᐅᖅᓯᒪᔪᑦ ᐊᐱᑦ	**226,773**	289,505
ᑐᖅᐅᒪᓴᐅᑎᑦᓚᓂᖅ ᐊᑦᓪᓗᖅᑎᓚᓂᖅᓗᓄᑦ	**386,848**	195,122
ᐱᐅᓱᓂᑦᒪᓕᒃᓴᑦ ᐊᐱᕆᑦᕿᓪᓕᐊᓂᖅᑎᑦ	**548,804**	525,767
ᐊᐱᓪᓕᖅᓴᓚᐊᖅᓱᖅᑐᑦ	**(27,167)**	83,182
ᐱᐅᓱᓂᑎᓂᐊᓂᖅᑎᑦ	**118,481**	51,609
ᖃᖅᓴᑦᑕᐅᑎᑦ	**106,915**	50,326
ᓚᖅᑦᓚᓂᖅᓄᑦ ᐱᖅᓱᐃᐊᓂᒪᓗ ᐊᑦᓪᒪᑦᒪᒃᓴᒃ ᑲᓕᑦᓚᓂᖅ	**375,382**	291,361
ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ	**288,497**	161,400
ᐃᓪᓗᓂᖅ ᐊᑦᑕᐃᓕᑎᑦ	**330,013**	703,680
ᐱᓂᑦᓗᓂᒃᓂᑦ ᕿᓚᑦᓴᐅᓂᖅᓄᑦ ᐃᑦᒪᖅᐅᑎᒃ	**25,316**	22,724
ᐊᐅᓚᑦᑐᒪᑦ ᐊᐱᓪᓕᖅᓴᓕᕆᓂᖅᓄᑦ	**1,156,426**	1,426,852
ᓄᓇᒥᒃ ᐊᑦᑕᐃᐊᖅᑕᑎᑦ	**35,952**	33,974
ᓄᓇᓕᒥ ᓚᖅᑦᓚᑎᑦᓚᔪᑎᑦ	**19,535**	442,591
ᓚᖅᑎᓚᓚᔨᓂᐊᑎᑦ ᓴᓇᓴᐅᓚᐊᓪᓕᑦᓗ	**60,397**	55,635
ᓄᓇᓕᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᑦ	**299,597**	281,208
ᐊᑦᓪᓚᕆᒥ ᐱᓇᓚᑎᑦ ᐱᐅᓱᓂᑦᓗ	**937,169**	536,349
ᐱᔪᓐᓇᑐᓪᓗᓂᒃ ᐱᓇᓚᐊᖅᑐᑎᓚᔪᑎᑦ	**415,990**	171,446
ᐊᑐᐊᓕᓚᓴᖅᓂᖅ ᐊᑦᓪᓗᐅᐊᓴᑲᓚᑎᑦᓗ	**9,729**	-
ᐱᓇᓚᔪᑦᓴᓂᖅᓄᑦ ᐊᖏᖅᓴᑎᑎᔪᑎᑦ	**2,512,409**	3,568,801
ᑐᖅᐅᒪᖅᑕᑎᑐᑎᔪᑎᑦ	**224,928**	178,921
ᐱᑎᑐᖅᓴᑎᑦᓚᓂᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᖅᓗᓄᑦ	**109,953**	23,671
ᑎᑎᑐᓵᓄᑦ ᓄᑦᑎᑕᑐᓵᑦ	**1,868,509**	1,643,020
ᓄᑦᑎᑕᑐᓵᑦ ᐃᓅᓕᑦᓚᓵᒪᔪᑦ	**26,706,388**	24,256,419
ᓄᑦᑎᑕᑐᓵᑦ ᑐᓪᑦᑕᓵᒪᔪᑦ	**12,323,578**	10,537,308
ᐊᑐᓪᔪᑎᑦ ᓚᓕᑦᑕᓵᑎᑦᓗ	**2,456,083**	2,187,301
ᐃᖏᑦᖁᑐᑎᑦ	**52,582**	33,111
ᐊᓚᖏᑦ	**177,775**	121,839
	60,978,425	55,851,045
ᑲᓇᐅᔨᑐᓂᐊᕐᑕᑎᑐᓚᓵᖅ (ᖃᖏᕐᑐᑎᔪᔪᓂᑦ) ᑲᓇᐅᔨᖅᓯᒪᓕᑦ	**299,572**	(3,000,881)

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓚᖓᔪᓂᖅᑎᑦ ᐱᔪᓐᓇᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ ᐊᐅᓚᔪᑎᒃ-ᑲᑎᒪᓂᖅ
ᐃᑦᑕ 31, 2012

	2012 $	2011 $
ᐱᐅᔭᐅᑎᑦ		
ᑭᓇᐅᔭᑐᐃᓐᓇᑦ	**3,680,316**	532,210
ᑐᓂᔪᕈᓯᐊᑦ ᐃᑎᓇᐊᓕᒃ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 2 ᐊ))	**2,386,999**	3,286,867
	6,067,315	3,305,104
ᐊᑭᓚᖏᑦᑎᑦ		
ᐊᑭᓚᖏᑦ ᐊᑭᓚᖏᑦᑕᕐᒪᓯᔪᓐᓇ	**4,004,282**	3,806,558
ᐊᑯᓂᔪᑐᒥ ᐱᐅᓚᓂᐊᒪᖏᑲᑎᒪᓄᓇᐊᓕᒃ ᑭᓇᐅᔭᖏᑎᓄᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 7)	**209,742**	131,425
ᑐᖏᒪᓚᐅᓇᖏᓕᔪᓄᑦ ᐊᑐᔪᑐᒥᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 7)	**7,037,975**	5,758,994
ᓄᑦᑎᑕᐅᓯᒪᔪᓄᑦ ᑭᓇᐅᔭᖏᑎᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 4)	**488,193**	-
	11,740,192	9,696,977
ᑲᑎᒪᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᖏᑎᒪᓕᓇᑦ (ᑲᑎᒪᓂᖅ ᐊᑭᓚᖏᑦᑎᑦ)	**(5,672,877)**	5,877,900
ᑭᓇᐅᔭᖏᑎᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ		
ᑭᓇᐅᔭᖏᑎᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ	**(5,672,877)**	(5,877,900)

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓚᖓᓕᕆᓂᖅ ᐱᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ
ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ ᐊᐅᓚᔪᓂᑦ-ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᒪᔨᓂᖅᓴᓂ ᐊᑦᓚᑕᐅᓯᒪᔪᓂᑦᓂ
ᐊᖏᕐᒧ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒪᑦ 31, 2012

	2012 $	2011 $
ᑭᓇᐅᔭᑦ-ᐊᖏᕐᒧᑦ - ᐱᒋᐊᖅᓯᒪᓂ	**(5,877,900)**	(5,109,874)
ᐊᑦᓚᖕᒪᖏᑎᑕᐅᔪᐊᑦᓚᑐᑦ - ᐃᓕᓴᕐᓇᒧᑦ ᐊᖏᖅᑭᒋᐊᓇᒧᑎᓂᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᓕᕆᖅ 11)	-	(153,677)
ᑭᓇᐅᔭᑦ-ᐊᖏᕐᒧᑦ - ᐱᒋᐊᖅᓯᒪᓂ - ᐊᑦᓚᖕᒪᖏᑎᑕᐅᔪᐊᑦᓯᐊᓯᒪᓕᕆᓂᒧᑦ	**(5,877,900)**	(5,263,551)
ᑭᓇᐅᔭᖏᑐᓄᐊᑭᑎᑕᐅᓕᖅᖢᖅ (ᖁᓛᑎᐅᑎᒧᑎᓂᑦ) ᑭᓇᐅᔭᓴᐃᑎᓂᑦ - ᐃᓕᑎᑎᑦᓯᒧᑎᑐᐃᓐᓇᑦ	**205,023**	(614,349)
ᑭᓇᐅᔭᓴᐃᓂᑦ - ᑲᑎᒪᔨᑦ ᐃᓱᓚᓛᓇᒐᓱᑦ	**(5,672,877)**	(5,877,900)
ᐃᓚᖓᓕᑦ 31, 2012-ᒥ, ᑲᑎᒪᔨᓂᑦ ᐃᒪᓚᓇᕐᓚᕐᓂᑦ:		
ᐃᓕᑎᑎᑦᓯᒧᑎᑐᐃᓐᓇᑦ	**(5,699,742)**	(5,904,765)
ᐱᐅᓯᔨᓂᐅᕕᓕᕐᓂᑐᑎᒧᑦ ᐱᓇᓱᐊᑎᓂᓱᒧᑎᓂᑦ		
- ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᓂᑐᐃᓕᑦ ᐱᓇᓱᒧᑎᓚᐅᕆᓯᓗ - ᐊᓐᓂᐊᓱᐅᕆᓂᑐᐃᓐᓇᑦ ᓄᓕᖅᑲᑕᑎᑦᓯᔨᓴᓂᑦ (#792)	**26,865**	26,865
	(5,672,877)	(5,877,900)

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓚᖓᓕᕆᓂᖅ ᐱᒋᐊᖅᓯᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ ᐊᑐᓕᒍᑎᑦ
ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ ᐃᑎᖏᑐᑦ ᐊᑐᖏᑕᐅᔪᓐᓇᖅ ᐊᓪᓚᖓᔨᖏᑦ
ᐊᖏᖅᓯᒍ ᐃᓕᓴᕐᑐᑦ ᐃᒡᓗ 31, 2012

	2012 $	2011 $
ᑭᓇᐅᔭᓴᒍᑎᑦ		
ᖃᓄᐃᖕᖓᑕᐅᓂᖓᓄᖕᖓᑦ ᐃᓄᓕᓴᕐᔪᓐᓃᑦ-ᐱᐅᓂᖅᑎᑎᒍᑦ		
ᐊᐅᓚᒍᑎᖕᖓᑦ	**7,218,559**	5,404,509
ᑯᐯᒃᑎ ᐊᓂᓂᐊᓕᐅᖏᓂᕐᓂᓴᓐᑦ ᐊᓚᓴᒪᑎᖕᖓᑦ	**-**	20,798
ᐃᓚᓗᓂᒃ ᐊᑦᑕᑐᕈᑎᒍᑦ	**446,946**	561,335
ᓄᓇᕗᓕᒫᒍᑦ ᐱᒍᓐᓇᐅᓚᒃ	**299,597**	281,208
ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓱᑦ ᖃᓄᑕᒥ	**15,000**	-
ᖃᑎᐱᒃ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᖃᓪᓕᔭᖏᑦ - ᐱᓇᓱᒋᔭᓂᖓᓄᖕᖓᑦ ᐱᒋᐅᖏᓐᓄᑦᓱᓂᓗᓐᓃᑦ	**9,428**	-
ᐊᐅᓚᑦᓱᓂᓂᓂᓴᒍᑦ ᐊᑭᑦ	**226,773**	301,467
ᖁᑐᖏᖕᖓᑦ	**18,382**	7,612
ᐊᓱᖏᑦ ᑭᓇᐅᔭᑦ	**722,266**	5,525
	8,956,951	6,582,454
ᑭᓇᐅᔭᑦ ᓄᑎᑕᐅᓱᓪᓚᑦ - ᐊᖏᖅᑐᒍᑦ ᐱᒋᐊᖏᓚᒥᓂᓄᑦ	**-**	233,323
ᑭᓇᐅᔭᑦ ᓄᑎᑕᐅᓱᓪᓚᑦ - ᐊᖏᖅᑐᒍᑦ ᐃᓱᓂᓂᓚᒥᓂᓄᑦ (ᐊᑦᓚᓱᓪᓚᖕᖓᑦ 4)	**(450,000)**	-
	(450,000)	233,323
	8,506,951	6,815,777
ᑭᓇᐅᔭᖓᑐᑎᑦ		
ᐊᐅᓚᑦᓱᓂᓂᓂᓴᒍᑦ	**6,274,822**	5,837,151
ᓄᓇᕗᑦᓂ ᖃᓄᐃᖕᖓᑦ ᐱᒋᐊᖅᓯᓂᖅᑎᑎᒍᑦ	**1,279,628**	922,322
ᐃᓚᓗᓂᓂᓂᓴᒍᑦ ᐊᑭᓚᖓᑐᐃᔨᑎᑦ	**747,478**	670,653
	8,301,928	7,430,126
ᑭᓇᐅᔭᖓᑐᓗᐊᑭᑎᑎᒋᔭᖏᓐᓇᖅ (ᖃᓄᖕᖓᐅᑎᔨᑎᑦ) ᑭᓇᐅᔭᓴᒍᓂᑦ	**205,023**	(614,349)

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓚᖓᔾᔪᑎᒃᓴᖅᑎᑦ ᐱᔭᕇᓂᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ
ᐊᑐᓵᔪᑎᒍ ᑭᓇᐅᔭᖏᑦᑐᕐᓂᒃᑯᑦ ᐱᐅᓂᖅᓄᑦ - ᑭᓇᐅᔭᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᓪᓗᑎᑦ
ᐃᑦᔨ 31, 2012

	2012 $	2011 $
ᐱᐅᓂᖅᓄᑦ		
ᑭᓇᐅᔭᓕᐃᓐᓇᓄᑦ	**125,725**	92,615
ᐃᓐᓇᕐᓂᐊᕐᓂᕆᔨᒃᑯᓄᑦ ᐱᔭᐅᓕᖅᑕᑦ (ᐊᑦᓯᕐᓕᕆᓂᖅ 7)	**209,742**	131,425
ᑐᓄᖅᑭᐅᑦ ᐃᑎᕆᖅᑕᑦ (ᐊᑦᓯᕐᓕᕆᓂᖅ 2 C))	**61,436,521**	65,898,915
	61,771,988	66,122,955
ᐊᑭᓕᖅᑎᑦ		
ᑭᓇᐅᔭᓂᐊᕐᓕᒥᑦ ᐊᑦᑕᑐᐊᑦ (ᐊᑦᓯᕐᓕᕆᓂᖅ 5)	**5,727,212**	8,151,572
ᐊᑭᓕᖅᑎᑦ ᐊᑭᓕᖅᑎᒋᔭᕐᓂᓗ	-	33,332
ᑭᓇᐅᔭᖏᑦᑐᕐᓯᓇᑭᑐᐃᓐᓇᑦ	**33,267,204**	48,556,290
ᓴᑐᑦ ᐊᑭᓕᕆᓂᖅ ᐃᓄᐃᑦᑐᓗ ᑭᓄᖅᑐᕐᒥᑦ	**35,175,902**	19,633,009
	74,170,318	76,374,203
ᑲᑎᒪᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᕐᔪᐊᑎᓪᓗᑎᑦ (ᑲᑎᒪᓂᖅ ᐊᑭᓕᖅᑎᑦ)	**(12,398,330)**	(10,251,248)
ᑲᑎᒪᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᕐᔪᐊᑎᓪᓗᑎᑦ		
ᐱᔭᕇᓂᖅᓄᑦᓯᓚᖅᑎᑦ (ᐊᑦᓯᕐᓕᕆᓂᖅ 3)	**12,398,330**	10,251,248
	12,398,330	10,251,248
ᑭᓇᐅᔭᕐᔪᐊᑎᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ		
ᑭᓇᐅᔭᕐᔪᐊᑎᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ	-	-

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕘᓕᒫᑦ ᐃᓚᓯᕋᓂᖅᑎᑦ ᐱᔪᓐᓇᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ
ᑭᓇᐅᔭᕋᑎᒪᓕᕆᓂᖅ-ᑲᑎᕐᓂᖅᑕᑦ ᐊᓂᒍᑎᓯᒪᔪᑎᖅᑎᑦ
ᐊᖏᕐᒧ ᐃᓯᓂᑐᖅ 31, 2012

	2012 $	2011 $
ᑭᓇᐅᔭᕋᓂᖅ - ᐊᖏᕐᒧᑦ ᐱᒋᐊᖅᓂᒃᓴᓂ	-	13,296,402
ᐊᓂᒍᕐᓇᑎᑦᑎᒋᐊᖅᓂᒃᑐᑦ - ᑭᓇᐅᔭᓂᕋᔪᓂᖅ ᐊᓯᑦᔨᓂᖅᑎᑦ ᐅᕆᓂ 1, 2008	-	(6,964,457)
ᐊᓂᒍᕐᓇᑎᑦᑎᒋᐊᖅᓂᒃᑐᑦ - ᐸᐱᐅᔪᑎᖅᑕᓂᖅ ᐊᑭᑭᑦᑐᓂᐊᓂᖅᑎᑦ (ᐊᓂᒍᓯᒪᔪᖅ 12)	-	(6,331,945)
ᑭᓇᐅᔭᕋᓂᖅ ᑲᑎᔪᑎᖅᑎᑦ - ᐊᖏᕐᒧᑦ ᐱᒋᐊᖅᓂᒃᓴᓂ, ᐊᓂᒍᑎᓯᒪᐊᖏᕐᒧᑎᔪᑎᒍᑦ	-	-
ᑭᓇᐅᔭᕐᑐᐊᑭᑎᑕᐅᓯᒪᔪᖅ (ᖃᓄᖅᑭᐅᑎᔪᑎᑦᑎᓂᑦ) ᑭᓇᐅᔭᕋᑎᓂᑦ	-	-
ᑭᓇᐅᔭᕋᓂᖅ - ᐊᖏᕐᒧᑦ ᐃᓯᓂᖅᓂᒃᓴᓂ	-	-

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᐊᓕᓴᓂᕐᒥᑦ ᐱᔪᑦᑐᓂᖅᓂᑦ ᑲᑎᒪᔨᓂᖅᓂᑦ
ᐊᒻᒪᓂᖅᑐᒥ ᑭᓇᐅᔭᖏᑦᑐᑎᓪᓗᒍ ᐱᐅᓯᒪᓕᕆᓂᖅ
ᑭᓇᐅᔭᕐᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᖅᑐᑎᓪᓗᒍ ᐊᓯᓕᐅᑉᓯᒪᓕᕆᓂᖅᓂᑦ
ᐊᖏᖅᓯᒪ ᐃᓕᓴᕐᓂᒃ ᐃᒡᓗᑦ 31, 2012

	2012 $	2011 $
ᑭᓇᐅᔭᕐᓂᖅᓂᑦ		
ᖃᓄᐃᖅᑲᓇᐃᓕᓐᓂᖅ ᐃᓄᓕᓐᓂᒃ - ᖁᑐᖅᑲᓇᐃᑦ ᐅᑎᖅᑕᐅᔪᓐᓇᖅᓂᑦ	**1,043,308**	1,311,370
ᖃᓄᐃᖅᑲᓇᐃᓕᓐᓂᖅ ᐃᓄᓕᓐᓂᒃ - ᑭᓇᐅᔭᕐᓂᖅᑐᑦᓯᓗᒃ ᐅᑎᖅᑕᐅᔪᓐᓇᖅᓂᑦ	**548,804**	138,500
ᑐᓂᖅᓴᓇᑦ ᐃᓚᖅᓴᐅᑎᖅᓯᒪᓂᖅ	-	387,267
	1,592,112	1,837,137
ᑭᓇᐅᔭᖅᑐᑎᓪᓗᒍ		
ᖁᑐᖅᑲᓇᐃᑦ	**1,043,308**	1,311,370
ᐱᐅᓯᒪᓕᕆᓂᖅᓂᑦ ᐊᑭᓕᖅᑕᓇᐃᓂᖅᓂᑦ	**548,804**	525,767
	1,592,112	1,837,137
ᑭᓇᐅᔭᖅᑐᓄᖅᑕᐅᓂᐅᓕᕐᓂᑦ (ᖃᓄᖅᑲᐅᑎᓯᒪᓂᖅᓂᑦ) ᑭᓇᐅᔭᕐᓂᖅᓂᑦ	-	-

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓚᓯᕋᓱᓂᕐᕆᑦ ᐱᔪᑦᑎᓂᓄᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᓯᒪᔪᑦ ᑭᒪᒋᑦᑎᓂᖅ - ᑭᓇᐅᔭᕋᔪᓂᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᓯᒪᓂᑦ
ᐃᑦᑕ 31, 2012

	2012 $	2011 $
ᐱᐅᓯᔪᓂᑦ		
ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᓕᒫᓂᑦ ᐱᓕᐅᕈᑕᐅᓪᓗᑎᑦ (ᑕᑯᓗᒃᑖᖅ 7)	**7,037,975**	5,758,994
ᑐᓂᓯᔪᓄᑦ ᐃᑎᖏᑕᐅᓪᓗᑎᑦ (ᑕᑯᓗᒃᑖᖅ 2 <))	**18,078,767**	57,413,560
	25,116,742	63,172,554
ᑕᑯᓂᖅᓴᓂᑦ		
ᑕᑯᓂᖅᓴᓂᑦ ᑕᑯᓂᖅᓴᐅᓯᔪᓐᓇ	**19,620,476**	57,770,837
	19,620,476	57,770,837
ᑲᑎᒪᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᓚᑦᓯᐊᕐᓂᖅ (ᑲᑎᒪᓂᖅ ᑕᑯᓂᖅᓴᓂᑦ)	**5,496,266**	5,401,717
ᑭᓇᐅᔭᓕᓚᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ		
ᑭᓇᐅᔭᓕᓚᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ	**5,496,266**	5,401,717

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓚᓯᕆᓇᓂᕐᒥᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᖅ
ᐲᓇᐅᔭᐃᑦ ᑐᕌᓚᐅᖏᓚᕆᑦ - ᐅᐊᕈᑎᒋᓯᓗᑎᒃ ᑲᑎᓂᖓᓂᑦ ᐊᓂᓚᕐᓇᓯᒪᔪᓂᖓᓂᑦ
ᐊᖏᖅᔪᒍ ᐃᓯᓕᓐᓂᖅ ᒪᑦᓭ 31, 2012

	ᐱᓇᓯᐊᕐᓇᐅᑉᑐᑦ ᑭᓯᐊᓂᖅ	ᐲᓇᐅᑦ ᑲᑎᓐᓂᖓ ᐊᖏᖅᔪᒍ ᐱᒋᐊᕐᓂᖓᓄᑦ $	ᐊᓂᓚᕐᓇᓯᒪᔪᓂᖓᓂᑦ (ᐊᓂᓚᕐᓇᖅ 11) $	ᐲᓇᐅᔨᔪᓂᑦ $	ᐲᓇᐅᔨᔭᕐᔪᓂᑦ $	ᐲᓇᐅᔨᐃᑦ ᑲᑎᓐᓂᖓ ᐊᓯᓂᓄᓂᖓ $
ᐊᐅᓚᓯᓂᓇᔪᓂᑦ						
ᔪᐯᕐᔪᑦ ᑲᓪᓚᕆᓚᓪᓕᑦ ᐲᓇᐅᔨᖏᓐᓄᓯᔪᓂᖓᓂᑦ						
ᐃᑦᓗᐅᕐᓂᖅ	701	(77,186)	-	-	-	(77,186)
ᑕᕐᔭᐃᔪᓂᑦ ᑕᓚᐋᓴᑎᔭᕐᔭᑦ	702	(49,052)	-	-	-	(49,052)
ᐱᑦᓗᔪᑎᓚᓯᓇᔪᑎᓂᒃ ᐃᓕᓴᐃᓂᓯᓯᔪᓂᑦ	759	29,291	-	-	-	29,291
ᐅᐃᒪᓇᖏᑦᑐᓇᔪᓂᑦ	998	83,114	(7,935)	994,796	933,732	136,243
ᖃᓇᑕᐅᔨᕈᑎᓂᒃ ᐱᑦᑎᓂᓯᑎᕈᕆᓂᑦ	8860	359,935	-	-	115,818	244,117
ᐊᓯᖏᓂᑦ ᐲᓇᐅᔨᖏᓐᓄᑕᐅᔪᓂᑦ						
ᖃᓄᐃᓪᓕᐅᓂᖅ	8001	(34,151)	-	-	-	(34,151)
ᐱᑦᓗᔪᑎᓚᓯᓇᖅᓂᒃ	8840	-	-	211,006	211,006	-
ᓄᓚᓚᓪᓕᒧᑦ ᐊᐅᓚᓯᓂᓇᔪᓂᑦ	8891-92	153,634	(99,516)	332,804	241,494	145,428
		465,585	(107,451)	1,538,606	1,502,050	394,690
ᐱᓇᓯᑐᓗᓇᐃᒃ						
ᔪᐯᕐᔪᑦ ᑲᓪᓚᕆᓚᓪᓕᑦ ᐲᓇᐅᔨᖏᓐᓄᓯᔪᓂᖓᓂᑦ						
ᐃᓄᐃᑦ ᐅᖃᐅᓯᓂᒃ ᐊᑦᓂᐊᓯᐅᓂᓕᓕᓴᐃᓂᒃ ᐃᒪᓐᓇᐅᑉᐳᓂᖓᓂᑦ	8022	107,289	-	-	-	107,289
ᑲᓪᓚᕆᖃᓕᒃ ᐲᓇᐅᔨᖏᓐᓄᓯᔪᓂᖓᓂᑦ						
ᓄᓇᖃᖅᑐᓪᓕᒧᑦ ᐃᓗᓯᓇᓂᕐᒥᒃ ᐱᓇᓯᐊᖏᓐᓄᓯᔪᓂᖓᓂᑦ	811	371,924	-	204,280	138,148	438,056
ᐊᓯᖏᓂᑦ ᐲᓇᐅᔨᖏᓐᓄᑕᐅᔪᓂᑦ						
ᐱᓇᓯᑎᑦ ᐱᑎᐅᖏᓐᓄᓂᑦ ᐅᐃᒪᓐᓇᐅᑉᐳᓂᖓᓂᑦ ᖃᐃᓕᖏᓐᓄᒃ ᓴᓗᒥᐅᔪᑦ	818	(8,918)	-	263,263	285,065	(30,720)
		470,295	-	467,543	423,213	514,625
ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓕᓇᐅᔨᔪᐃᓐᓂᖓᓂᑦ						
ᔪᐯᕐᔪᑦ ᑲᓪᓚᕆᓚᓪᓕᑦ ᐲᓇᐅᔨᖏᓐᓄᓯᔪᓂᖓᓂᑦ						
ᐊᐅᓚᓯᓂᓇᔪᓂᑦ ᐱᑎᐅᖏᓐᓄᓂᖓᓕᑦ	610	(416)	-	36,186	30,967	4,803
ᐃᖏᓯᑎᓂᓯᓚᐅᑦᑐᑦ	901	12,198	-	-	4,689	7,509
ᓄᓚᓚᓪᓕᒧᑦ ᐃᖏᓯᑎᓂᓯᓚᑦ	8016	84,000	-	-	4,274	79,726
ᑲᓪᓚᕆᖃᓕᒃ ᐲᓇᐅᔨᖏᓐᓄᓯᔪᓂᖓᓂᑦ		-				-
ᓱᑐᖏᓐᓄᓯᐊᖏᓐᓄᓐᓄᒧᑦ ᑐᕌᓐᓂᖅ	699	70,189	-	1,203,893	1,204,881	69,201
ᐃᓕᓴᐃᓂᓯᐊᖏᓐᓄᑕᐅᓕᕆᓕᒃ ᐊᓕᓐᓂᖅ	819	159,471	-	467,692	216,572	410,591
ᐊᓯᖏᓂᑦ ᐲᓇᐅᔨᖏᓐᓄᑕᐅᔪᓂᑦ						
ᓄᓚᑐᓐᓄᑦᓂᓂᒃ ᒪᒥᓂᒧᑦ ᑐᓴᓪᓗᐊᖏᓐᓄᑦ ᐱᓕᕆᔨᓂᖓᓂᑦ	800	(14,509)	-	10,000	-	(4,509)
ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓇᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᓄᓚᓚᓪᓕᒧᑦ ᐱᓂᖏᓐᓄᓂᖓᓂᑦ	804	82,683	-	173,000	189,519	66,164
ᐱᔨᓇᕈᓯᓂᖓᓂᒃ ᐃᓄᓚᓂᓂᓯᒥᒃ ᐃᓕᓴᐃᓂᓯᓚᓕᓗ	814	(500)	-	-	-	(500)
ᒪᒋᐊᑦ ᐃᓕᓴᐃᖏᓐᓄᓯᔪᓂᖓᓕᒃ ᐃᓄᓚᓂᓴᐅᓂᖏᓐᓄᓯᔪᓂᖓᓂᑦ	815	38,073	-	-	-	38,073
		431,189	-	1,890,771	1,650,902	671,058
ᓄᓇᐃᑦ ᓯᓚᒋᓂ ᐱᒋᐊᕐᓂᖅ						
ᔪᐯᕐᔪᑦ ᑲᓪᓚᕆᓚᓪᓕᑦ ᐲᓇᐅᔨᖏᓐᓄᓯᔪᓂᖓᓂᑦ						
ᐃᓪᓚᖅᐳᑎᓂᑦ ᐃᓪᓚᖅᐳᑎᓐᖅᓯᓯᒪᔭᓗ ᐃᓕᓴᐃᓂᓯᓚᑎᓄᑦ ᐱᑦᓂᓕᔪᐃᑦ ᐊᓯᖏᓐᓄᓯᔪᓂᖓᓂᑦ	938	-	-	36,267,416	36,267,416	-
ᐃᓪᓚᖅᐳᑎᓂᑦ ᐃᓪᓚᖅᐳᑎᓐᖅᓯᓯᒪᔭᓗ ᐃᓕᓴᐃᓂᓯᓚᑎᓄᑦ ᐱᑦᓂᓕᔪᐃᑦ ᐅᓚᕐᔪᓂᖓᓂᑦ	939	50,931	(19,092)	275,000	303,419	3,420
		50,931	(19,092)	36,542,416	36,570,835	3,420

	ᐱᓕᕆᔨᐅᑉ ᐊᓯᐊᓂᖅ	ᑭᖑᓂᖅ ᐱᓕᕆᔨᓂᖅ ᐊᒥᐊᓪᓚᕆᒃ $	ᐊᓂᓚᕆᓯᒪᔭᕐᓂᖅᑕ (ᐊᓂᓯᓯᒪᔭᖅ 11) $	ᑭᓇᐅᔭᓕᑦ $	ᑭᓇᐅᔭᓐᓇᐅᓂᑦ $	ᑭᓇᐅᔭᓕᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ ᑭᖑᓂᖅ ᐃᓱᓕᓂᖅᓯᒪᓂ $
ᐃᓄᓕᓴᐃᑦ ᖃᓄᐃᓐᓇᕐᓂᐊᕐᓇᓂᖅ						
ᐊᐅᓚᑦ ᑲᑎᒪᔨᓕᕐᑕ ᑭᓇᐅᔭᖑᓂᖅᓯᒪᓂᕐᓂᑦ						
ᑐᐱᑭᑦ ᓱᓕᓴᕐᓂᖓᓕᑦ ᐱᓚᕆᐊᑐᓂᖅ	913	(3,070)	-	-	-	(3,070)
ᓂᑭᓂᑦ ᑲᑕᓐᓇᓱᑕᓂᕐᒧᑦ ᐱᓚᕆᐊᑐᑦᑕᐅᓕᑦ	915	12,064	-	-	3,075	8,989
ᐊᒻᒪᓗᑦ ᑲᖏᑕᐅᖏᓐᓄᑦᑐᑐᖃᖏᓐᓂᑦ ᖃᒪᒍᑎᓂᖅ	916	(1,178)	-	-	-	(1,178)
ᐊᐅᒥᒥ ᑐᐱᓂᖓᓐᓄᓱᓕᐊᑐᖅᑎᑦ	926	17,726	-	31,664	18,925	30,465
ᓴᐅᓂᓕᓂᓂᖅ ᓄᑕᓕᓂᖅ	931	210,965	-	-	7,064	203,901
ᐱᓚᕆᐊᓂᓕᒍᑎᓂᑦ ᐱᐊᖏᑦᓴᓕᖅᓂᑦ ᐅᑭᐅᑭᖅᓂᓂᓕᖅᓂᒃ	933	-	-	111,540	-	111,540
ᐊᖏᔪᒍ ᓄᓕᐊᑦᓂᓕᒃ ᐊᐪᓂᖅᓯᒪᓂᕐᓂᑦ ᐃᑎᑦᑎᓕᐅᕐᓂᖅ	956	31,833	-	84,500	56,760	59,573
ᑎᑎᒍᑦ ᓄᓇᒃ	959	9,335	-	1,800	-	11,135
ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓇᓕᑦ	960	1,880	-	-	-	1,880
ᖃᐅᔨᓴᓕᖅᑎᑦ ᐊᐪᓂᖅᑕᐃᓐᓇᐅᔨᓕᓂᖅ ᐊᐅᑦᑎᒍᑎᓂᖅ	968	18,569	-	-	9,345	9,224
ᐊᒻᒪᓕᑎᓕᓂᑦᑎᑦ ᖁᑦᓕᑐᐃᒍᑎᓂᖅ	8004	410	-	-	-	410
ᓄᓇᕗᑦ ᐊᓂᓴᐅᔨᖅ ᐊᓂᓐᓄᓴᖃᓕᓇᐅᑎᓂᕐᓂᑦ	8017	13,410	-	-	-	13,410
ᐊᐅᓚᓕᓴᒍᑎᓂᑦ ᐊᑭᓂᑦ	8019	14,000	-	-	-	14,000
						-
ᖃᓕᑐᖅᑎᑦ ᐱᓚᐅᔭᖑᓂᖅᓯᒪᓂᕐᓂᑦ						-
ᐃᓗᓕᓚᓕᑦ ᖃᐅᔨᓕᐊᑐᓴᓂᑦ	600	(50,000)	-	-	-	(50,000)
ᓂᑭᑦᓕᐊᓂᑦ ᐃᓚᓂᐊᑎᑦᓕᒍᑎᓂᖅ	614	12,389	-	114,464	114,008	12,845
ᖃᓕᒪᑐᖅᑎᓂ ᑐᐱᓕᓚᓂᖅ	631	(33,066)	-	-	-	(33,066)
ᓄᓇᕗᑦ ᑐᓴᐅᒪᔨᐅᑎᓂᑦᓂᖅ	632	10,068	-	(9,886)	-	182
ᐱᐊᖏᑦᓴᐅᓕᑎᑦ ᐃᒥᐊᓗᒍᑕᓂᓄᑦ	634	191,713	-	351,762	227,522	315,953
ᐊᐅᑎᓂ ᐱᑕᑦᖃᓄᐊᓂᓂᖅ	693	94,130	-	673,253	673,081	94,302
ᓂᑭᑕᓇᒍᑎᓂᑦ	696	22	-	296,196	292,923	3,295
ᓄᓇᖃᑦᖃᓕᓕᖅ ᐃᓗᓕᓇᓂᑦᑎᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᐱᓐᓂ ᐱᓇᓕᐊᑦᓂᓗ ᐅᐃᓇᓕᓐᓂᔭᑎᐅᔨᓄᐊᓕᓐᓂᒃ	809	97,335	-	(92,925)	-	4,410
ᖃᓇᑕᐅᑦ ᑕᑦᑎᓗᓂ ᓂᑭᓕᐊᑕᓇᒍᑎᓂᖅ	820	14,654	-	496,858	496,201	15,311
ᑐᓴᐅᒪᖃᑎᒌᓂᒍᑦ ᕿᓐᓇᓕᒃᑯᑎᓂᖅ	821	-	-	78,953	72,329	6,624
ᓱᕐᔪᑎᑎᑦ ᓄᑦᖃᑎᑕᓕᐊᑐᓂᖅ	822	-	-	131,725	131,725	-
ᐊᓕᓴᑦ ᐱᓚᐅᔭᖑᓂᑎᑕᐅᒍᑎᓂᖅ						
ᑭᓂᐊᑌᓕᒪᓂᖅ ᑭᑕᓐᓇᑎᑦᑌᓕᓂᓗᒃ	611	148,481	-	313,828	439,668	22,641
ᑭᓄᐊᐅ	612	86,937	-	53,692	19,951	120,678
ᑭᓂᑌᓕᒪᑎᑦᓕᓂᓕᑦ ᖃᐅᔨᓴᓕᖅᑎᓂ	655	4,915	-	-	-	4,915
ᑲᔪᑎ ᐱᔪᑐᓂᕐᓯᓂᑦ ᑕᑦᓕᒪᓂ ᐃᓕᓂᐊᐊᑐᓄᓂ	660	74,401	-	25,520	73,036	26,885
ᐅᑭᐅᑦᑕᑎᒥ ᐱᓕᕆᔨᑦᑕᐅᓕᑦ	668	26,109	-	-	-	26,109
ᓱᓕᓴᐃᑐᓂᓕᑦ ᖃᐅᔨᓴᓕᖅᑎᑦ	690	(73,561)	-	-	-	(73,561)
ᑭᒍᑎᓕᓕᐅᓂᓂᑦ ᑐᓵᑭᓴᓴᒥ ᐃᓕᓂᐊᐊᑐᓄᓂ	803	11,305	-	-	-	11,305
ᑭᑦᓕᐊᓇᐅᔨᓴᓂᖅ — ᖃᓄᖅ ᓄᑦᖃᓂᒪᔨᓴᒻᒪᑦ	805	43,010	-	-	-	43,010
ᓄᓇᖃᑦᖃᓕᓕᖅ ᐃᓗᓕᓇᓂᑦᑎᑦ ᓇᐅᑦᓯᑐᑎᓴᒻᒪᑦ ᖃᓇᑕᒪᒥ	807	514	-	-	(84)	598
ᐃᓄᓕᑦᓂᓂᖅ ᓱᕐᔪᓱᓕᐅᑦᓯᒪᓕᓂ ᑭᑦᒪᓗ ᑐᓴᔨᑕᑦᑎᑦ ᐃᓄᓕᒫᓂᖅ ᐱᓚᕆᐊᑐᖅ	816	306	-	-	306	-
		985,606	-	2,662,944	2,635,835	1,012,715
ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᓂᓂᖅ ᐱᓚᕆᔨᑎᑕᐅᔨᓂᓗ						
ᐊᐅᓚᑦ ᖃᓄᐃᓐᓇᕐᓂᐊᕐᓇᓂᖅ ᐃᓚᖓᓕᓇᓂᖅᓯᒪᓂᕐᓂᑦ						
ᐊᐅᓚᓕᑦ ᐃᓕᓐᓂᖅ	640	430	-	-	-	430
ᑭᓐᐊᓂᕆᐅᓚᑎᑦᓴᓕᖅᑎᑦ — ᐱᓕᐊᓂᓄᓕᕆᓂᖅ	790	21,074	-	30,120	4,914	46,280
ᑭᓐᓂᑦ ᐃᓗᓕᓚᓂᐅᓂᓐᓄᓂᑦ ᐱᓚᕆᐊᑐᖅᑎᑦ	791	166,319	-	-	2,389	163,930
ᐃᓕᓴᒍᑎᓂᑦ ᐱᓕᐅᑦᓴᓂᓂᓕᒍᑎᓂᖅᓂᒃ	920-921-923	543,876	-	921,603	738,220	727,259
ᓂᓕᑕᓂ ᐊᓂᓴᐅᔨᖅ	922	(445,881)	-	-	3,961	(449,842)
ᓄᓇᕗᓕᒫᓂᑦ ᐱᓗᑦᑎᓂᑕᓂᓕᒍᑦ ᑲᑎᒪᔨᓴᓕᖅ	932	65,000	-	-	19,814	45,186
ᑭᖑᓂᑕᒍᑎᓪᓚᕆᔨᑦ	962	40,250	-	-	-	40,250

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓪᓕᒫᑦ ᐃᓚᖓᓕᓂᐊᓕᖅᑎᑦ ᐱᓕᕆᔨᓂᖅ
ᐲᓇᐅᔭᐃᑦ ᑐᕎᓴᓕᐅᔨᓯᓗᓪᓕᐊᓂᖅ - ᐅᐊᖏᑎᒋᓯᓗᑎᒃ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦᑕ ᐊᓕᓇᖅᑐᓂᖅ
ᐊᖏᖓᔪ ᐃᓱᓕᓪᓕᐊᓂ ᒪᓕᖅ 31, 2012

	ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᓪᓚᑦ ᑭᑎᓪᓗᑎᓇᖅ	ᐲᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ ᐊᑎᖏᓂᖅᓴᓇᖅ $	ᐊᓪᓚᖅᓱᑎᑕᐅᑎᖏᐊᓂᓪᓚᑦ (ᐊᓪᓚᓯᓗᒪᓂᖅ 11) $	ᐲᓇᐅᔭᐃᑦ $	ᐲᓇᐅᔭᓐᓇᐹᓂᑦ $	ᐲᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ ᐊᓯᓂᖅᓴᓇᖅ $
ᐊᐃᐃᓐᓇᕐᓂᓂᖅ ᐱᓇᓱᔨᑎᓂᐅᔨᓐᓄ (ᑲᔪᓯᔪᖅ)						
ᐅᐱᒪᓴᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᑐᑦ	972	(10,025)	-	10,025	-	-
ᐊᓂᓂᐊᓯᐅᓴᑎᐅᓯᐅᓴᓴᔪᑦ - ᐃᑲᔪᓴᑎᐅᓂᖅ	977	42,936	-	-	-	42,936
ᐃᓯᒪᓕᓇᓂᖅ - ᑲᑦᐱᐊᓇᔪᓯᑲᖏᑦᑕ ᐃᑲᔪᓴᑎᐅᓯᐅᓴᓴᓂᖅ	8005	694	-	-	-	694
ᐃᒡᒋᓂᐊᓴᑎᓂᑦᑌᓕᒪᓂᖅ	8006	303,203	-	-	111,876	191,327
ᐊᓴᓂᑦ ᐱᓗᑲᑦᑕᐅᖏᑦᑕᓂᑦ	8007	223,395	-	-	9,430	213,965
ᓄᓇᕗᓂᐅ ᑎᒥᐅᔪᑦ - ᐱᒋᐅᓴᑎᓂᔨᓂᖅ	8008	230,568	-	-	9,175	221,393
ᐃᒪᓕᓇᓂᖅ - ᓴᓕᒥᒍᑎᑦ ᐊᓂᓂᐊᓯᐅᓴᑕᐅᔨᓂᓗ	8009	274,704	-	-	198,106	76,598
ᐃᒡᒋᓂᐊᓴᑎᓂᑦᑌᓕᒪᓂᖅ - ᓄᓇᕗᓪᓕᒪᑎᒍᑦ ᕿᓐᓄᔨᒪᔭᑎᑦ	8010	512,294	-	-	583	511,711
ᐊᒻᒪᒥᒍᑦ ᐊᓂᓂᐊᓯᓕᓂᖅ- ᓴᓕᒥᒋᐅᔭᑎᓂᑦ ᐃᑲᔪᓴᑎᐅᓯᐅᓴᓴᓂᑦ	8011	3,809	-	-	-	3,809
ᐃᓄᒃᑲᓂᓗ ᐱᑦᓂᔨᔭᑎᑦ	8012	67,159	-	-	-	67,159
ᐱᒋᐅᓴᑎᓂᔨᓂᖅ - ᐱᓇᓯᑎᓂᓗ	8013	57,558	-	-	27,066	30,492
ᐃᑦᓯᒍᓂᓂᑦ ᕿᐊᓴᕿᑕᐅᑎᓯᔨᓂᔨᓂᑦ	8015	56,143	-	-	1,384	54,759
ᐅᐃᓘᒪᓂᔪᓕᑎᖏᓂᖅ	8020	133,341	(1,834)	171,512	168,355	134,664
ᐱᒋᐅᓴᑎᓂᔨᓂᑎᑦ ᓄᑦᓯᓴᒧᐊᓴᑦᑐᓄᓗ ᐅᐃᒡᒪᓴᓴᓂᓗᑦᓗ ᐱᓇᓱᐊᑦᓂᒍᒪᓂ	8021	60,721	-	-	-	60,721
ᐃᓄᒃᑲᓂᖅ ᐱᓗᑲᑦᑕᐅᔨᓂᑎᑦ	8023	27,555	-	-	10,234	17,321
ᐅᐱᒪᓴᑐᓇᓂᖅ - ᓄᓇᕗᓪᓕᒪᑎᒍᑦ ᐊᑕᐅᑦᓂᔨᓂᑎᓂᔨ	9008	(86,043)	-	86,043	-	-
ᐱᒋᐅᓴᑎᓂᔨᓂᑎᑦ ᑲᑦᐱᐊᓇᔪᓴᑎᐅᓴᓴᑐᓂᑦ ᑲᒪᒋᔭᓴᑐᓄᓗ	9052	37,386	-	-	-	37,386
ᐃᓂᔨᓗᑦ ᐃᓗᓂᖏᓂᔨᓇᔪᑦᖏᓴᓄᓂᑦ	9053	120,330	-	-	7,490	112,840
ᐅᖏᓇᐅᓴᑎᓂᔨᓂᔨᓂ - ᐯᓇᑦᓂᐊᓐᓄᓗ ᐱᓕᐅᓴᑎᓂᔨᓂᖅ	9075	126,132	-	-	127,840	(1,708)
ᐃᓂᔨᓗᑦ ᐃᓗᓂᔭᓴᑐᓂᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ	9077	21,092	-	-	17,683	3,409
ᐅᖏᓇᐅᓴᑎᓂᔨᓂᔨᓂ - ᐱᓇᓱᔨᑎᓂᑦᓴᓕᐅᓴᓄᓂᖅ	9078	951	-	-	-	951
ᐊᓂᓂᐊᓕᐊᔪᓄᓂᖅ - ᐱᓇᓱᐊᓂᑦᑎᓇᖅ ᕿᓐᓄᔨᒪᔭᑎᑦ ᓄᓇᕗᓪᓕᒪᓂ	9079	13,400	-	-	-	13,400
ᐱᐅᓴᓕᓂᐊᓂᒥᑦ ᐱᓄᓗᒋᓕᓂᑦ - ᓄᓇᕗᓂᑎᑦ ᑲᑎᖓᓴᑲᓂᖅ	9080	37,754	-	-	18,301	19,453
ᐃᓯᒪᒥᑦ ᐱᓄᓗᒋᓕᓂᑦ - ᖃᐅᔨᓴᐅᑕᐅᔨᓂᑎᓂᖅ	9081	13,704	-	-	-	13,704
ᑲᓕᒪᑐᖏᓂᑦ ᐲᓇᐅᔭᖏᓂᐅᔨᓂᑎᓂᖅ						
ᐊᓂᓴᓂᓄ ᓄᓇᕗᓂᓄᓗ ᐱᔪᓂᔨᔭᑎᑦ	618	21,967	-	2,110,110	2,088,877	43,200
ᐃᓄᓐᒪᓇᓂᓄᑦ ᐱᔪᓂᓴᓂᓯᒪᓕᓇᓗᒍᑎᑦ	694	13,583	-	-	-	13,583
ᐃᓕᑭᑎᒍᑦ ᐱᓗᑲᐅᑎᓂᖅ	695	(5,446)	-	156,328	117,266	33,616
ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓯᒪᔨᓄᑦ ᖃᓄᐃᓴᓂᓯᓯᐊᖏᓂᓇᓂᖅ	697	301,062	-	870,719	870,719	301,062
ᐃᒡᒋᓂᐊᓴᑎᓂᑦᑌᓕᒪᓂᔭᑦ ᕿᓐᓄᔨᒪᔭᑎᑦ	698	49,496	-	86,000	84,918	50,578
AHTF ᐃᓕᑎᑎᓯᓂᔭᑦ ᕿᓐᓄᔨᒪᔭᑎᑦ - ᐊᓂᓂᐊᓕᐊᑎᑎᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᔨᓂᑦ	802	14,164	-	(13,857)	-	307
AHTF ᓯᓚᑎᓯᓴᓂᔭᑦ ᕿᓐᓄᔨᒪᔭᑎᑦ - ᐃᓯᒪᔨᓄᑦ ᐃᓄᓯᓕᓇᔨᑎᓂᖅ	806	83,725	-	-	-	83,725
ᐊᓯᓂᑦ ᐲᓇᐅᔭᖏᓂᐅᔨᓂᑎᓂᖅ						
ᐃᓄᒃᑲᓂᖅ ᐃᑦ ᓄᓐᑦᓂ ᐱᓇᓱᐊᑦᓯᐊᕐᑎᑦ	812	4,220	-	-	-	4,220
ᐱᒋᐅᓴᑎᓂᔨᓂᒍᑎ ᐊᖏᓄᑎᔨᐅᑲᖏᑦᑕᐅᓴᓄᓗ ᐱᓇᓱᐊᖏᓂᒍᓂᑦ	813	52,263	-	-	-	52,263
ᐅᑦᓄᓇᐊᖅ ᐅᐱᒪᓴᑦ ᑲᒪᒋᔭᑎᓂᑦ	817	-	(137,946)	3,648,316	3,648,288	(137,918)
ᐃᒡᒋᓂᐊᓴᑎᓂᑦᑌᓕᒪᓂᖅ	963	30,951	-	-	-	30,951
ᐅᐱᒪᓴᑐᓂᑦ ᓴᓕᔨᐅᒪᓕᓴᓂᑦᑕ ᐃᓂᓪᓕᐊᖏᓂᑕᐅᓂᖅᓂᑦ	9007	(19,375)	-	19,375	-	-
ᐱᒋᐅᓴᑎᓂᔨᓂᑦ	9076	57,995	-	-	34,301	23,694
		3,264,434	(139,780)	8,096,294	8,321,190	2,899,758
		5,668,040	(266,323)	51,198,574	51,104,025	5,496,266

ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓚᖓᓕᒫᖅᑐᑦ ᐃᓄᓕᒫᖅᓯᓂᓪ
ᑭᓇᐅᔭᓕᕆᓂᖅ ᐊᓯᓕᐅᑎᓕᔪᓂᖅᑕ ᓴᓕᓂᕐᓯᒪᔪᑦ ᐊᓯᓚᐅᑎᑦᓯᖅ
ᒪᑦᓴ 31, 2012

---

1. ᖃᓄᐃᑦᑐᓕᖅᑐᒃ ᑐᑭᓯᓂᓕᓯᒪᔨᑦ

ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓚᖓᓕᒫᖅᑐᑦ ᐃᓄᓕᒫᖅᓯᓂᓪ ᐱᓇᓯᐊᖅᐸᐃᑎᖓᔪᓐᓇᖅ ᓴᖅᑭᑎᑦᑎᐅᓯᒪᔪᓕᓯᓂᓗ ᔦᒥᓯ Vᑦ ᑯVᑦᓂ ᑕᕐᕋᖅᓯᒪᑦ ᐊᓯᖅᓯᖃᑎᖃᓕᖅᑐᖅᓯᓂᖅ. ᒣ 1, 1995-ᒥ ᐱᒋᐊᖅᑎᓂᔪ ᐱᔪᓐᓇᐃᑎᖓᓂᑦ ᑲᒪᒋᐊᓕᖓᓂᑦᓂᓗ ᑲᑎᑎᐊᑦ ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓚᖓᓕᒫᖅᑐᑦ ᐃᓄᓕᒫᖅᓯᓂᓪ ᐊᑐᐊᓘᓚᐅᖅᑎᑦᑎᓂᖅ ᐱᔪᓐᓇᐃᑎᖓᓂᑦᓂᓗ ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓚᖓᓕᒫᖅᑐᑦ ᐃᓄᓕᒫᖅᓯᓂᓪ ᐱᔪᓐᓇᐃᓕᓴᕐᓗᒍ ᐱᔪᓐᓇᐃᑎᖓᓂᑦᓂᓗ ᓄᓇᓕᖕᒥᓄᑦ ᐱᔪᓐᓇᐃᓕᓴᕐᓗᒍ ᐊᑐᐊᓘᓚᐅᖅᑎᑦᑎᓂᖅ ᐱᔪᓐᓇᐃᑎᖓᓂᑦᓂᓗ ᐅᑭᐅᖅᑕᕐᓂᖅ ᐱᔪᓐᓇᐃᓕᓴᕐᓗᒍ ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓚᖓᓕᒫᖅᑐᑦ ᐃᓄᓕᒫᖅᓯᓂᓪ ᐱᔪᓐᓇᐃᑎᖓᓂᑦᓂᓗ ᐱᔪᓐᓇᐃᓕᓴᕐᓗᒍ ᐃᓄᖕᓇᐃᓕᓴᕐᓗᒍ ᐊᑐᐊᓘᓚᐅᖅᑎᑦᑎᓂᖅ

3. ᐱᐅᔪᓐᓇᒪᓕᕆᓂᖅ

ᐱᐅᔪᓐᓇᒪᓕᕆᓂᖅ ᐃᒪᓕᖅᑎᑐᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᖏᕿᑎᐅᓯᒪᔪᖅ:

	ᐊᑭᖑᓂᖅ	ᓄᐊᑦᑐᑦ ᐊᑭᓐᓂᒃᓴᓂᖅ	2012 ᑭᓇᐅᔭᖓᓂᑦᑕ ᐊᑭᖑᓂᖅ	2011 ᑭᓇᐅᔭᖓᓂᑦᑕ ᐊᑭᖑᓂᖅ ᓄᐃᑎᐊᖑᔪᓂᑦ (ᐊᓂᒍᓯᖏᑦ 12)
	$	$	$	$
ᐃᓂᓴᖅᑎᑦ	16,488,410	4,198,686	**12,289,724**	10,015,112
ᖃᓄᐃᑦᑐᖅᑎᑦ	2,752,434	2,722,059	**30,375**	130,545
ᐱᐅᓂᐊᖅᑎᑦ ᐱᓇᓱᒪᓂᓕ	332,770	321,077	**11,693**	17,636
ᐱᓂᓕᔾᔪᑎᐊᓂᓇᐅᑎᑦ ᐱᓇᓱᒪᑦ	93,937	58,669	**35,268**	41,258
ᐃᖅᑲᓇᐅᑎᑦ	137,295	106,025	**31,270**	46,697
	19,804,846	7,406,516	**12,398,330**	10,251,248

4. ᓄᓂᑎᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᑭᓇᐅᔭᖓᑎᑦ

ᑭᓇᐅᔭᖓᑎᑦ ᓄᓂᑎᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᒪᓕᖅᑎᑐᓂᒃᓴᓂᑦ:

	2012 $	2011 $
ᐃᓕᓴᕆᓇᓂᖅ ᐃᓄᓕᓇᓂᕐᓕ - ᐃᓕᓴᕆᓇᖅᑐᑦ ᑲᑎᒪᔨᓂ	**250,000**	-
ᐃᓕᓴᕆᓇᓂᖅ ᐃᓄᓕᓇᓂᕐᓕ - ᑕᕐᓇᓱᒪᑎᑦ	**200,000**	-
ᓂᐯᒪᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎᑦ ᐊᑭᓕᕐᑐᐅᔪᓂᖅᑐᑦ ᑲᑎᕐᕕᒪᔨᖅᑐᑦ	**38,193**	-
	488,193	-

5. ᑭᓇᐅᔭᓂᓇᒪᒥ ᐊᑦᑕᐅᐊᑦ - ᐊᓂᓚᕐᓗᒥ ᑭᓇᐅᔭᖏᓚᐅᑎᑦ

ᑭᓇᐅᔭᓂᓇᒪᒥ ᐊᑦᑕᐅᐊᖏᓚᐅᑎᑦ ᐊᐅᖅᑕᐅᓂᒃ ᐱᐅᔪᓐᓇᒪᓕᕆᓂᖅᓄᑦ, ᐅᑕᖅᑭᔪᒍᑎᐅᑦᑕᓂᑐᐃᓐ ᓂᐯᒪᒥ ᑭᓇᐅᔭᖏᓐᓄᑦᑎᓂᔪᒍᓂᑦ. ᖃᓂᓕᓐ (10) ᑭᓇᐅᔭᖏᓐᓄᑦᑎᓂᔪᒍᓂᖏᑦ ᑭᓇᐅᔭᓂᓇᒪᒥ CIBC -ᒥᑦ ᐊᑦᑕᖅᑐᖅᓯᐊᖏᓐᓄᑐᐃᓐ ᖃᐅᖅᖢᓂᐊᖏᓐᓄᖏᓐᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦ ᐊᐅᓚᓕᓐ ᐊᑭᓕᕐᑐᐅᔪᓂᖅᑐᑦ.

6. ᐊᖏᕐᕋᓂ ᐊᓂᒍᖏᑐᓂ ᐊᑐᑎᓂᓯᓚᐅᒍᑎᓄᑦ ᖃᐅᔨᓴᖏᑦᑐᐅᔪᓂᖅᑎᑦ

ᐃᓚᓯᕆᓕᕆᓂᐅᔨᑦ ᐃᓄᓕᕆᓂᐅᔨᑦᓗ ᑐᖏᖅᑕᖏᓐᓄᖅ ᔪᐯᒪᒋ ᖃᐅᔨᓴᓂᑎᐃᓂᖅᑎᑦ 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010 ᐊᒪᓗ 2010-2011 ᑭᓇᐅᔭᕆᓚᐅᒍᑎᓂᖅ ᑐᓴᓂᓯᔪᒍᑎᓄᑦᑎᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᓕᐅᔨᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᒡᓕᔪᐊ ᐊᑦᓚᖓᔪᓂᑕᐅᔨᓂᖓᓂᑦ. ᒡᓕᔪᐊ ᐊᖏᕐᕋᐃᓐᓂ ᖃᐅᔨᓴᖏᑦᑐᐅᑎᓂᓯᓚᐅᔪᓂᖅᑎᑦ 2012-2013 ᑭᓇᐅᔭᕆᓚᐅᒍᑎᓂᖅ ᐊᑦᓚᕐᓇᓯᓚᐅᔪᓂᖅᑎᑦ ᓴᓇᖅᑭᑎᑕᐅᓂᖓᓂᑦ.

7. ᑭᓇᐅᔭᓕᔪᐊᖅᑐᑎᑦ ᑭᓇᐅᔭᖏᑎᓄᑦ

ᓄᓇᓕᓪᓚᒥᔪᑦ ᑲᑎᖅᖅᓱᓕᑦ ᐃᖅᑭᓴᕐᑎᑦᓯᓂᑦ ᐃᖅᑭᓴᕐᑎᑦᓯᔪᑎᓂᒃ ᑭᓇᐅᔭᓂᒃ ᑐᑭᓴᕐᓗᐅᔨᓴᓯᓚᐅᔪᓂᑦᓗ ᑭᓇᐅᔭᓂᒃ; ᑭᓇᐅᔭᕆᓚᐅᒍᑎᓂᖅ ᐊᐃᓂᓐᑐᒍᓱᖅᓱᓕᑦ ᑭᓇᐅᔭᖏᑎᓂᖅ. ᐊᖏᕐᕋᔪᑦ ᐃᓚᓯᕆᓂᖅᓱᓂ ᑭᓇᐅᔭᓂᒃᐊᓚᑦ ᓄᓕᑲᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᓂᖅ "ᐅᑐᖅᓱᓚ ᐃᓕᓴᐅᑎᓕᕆᓂᒃ" ᐊᒪᓗ "ᐅᓪᓗᖅᓱᓕᑦ ᐱᔭᐅᑎᓕᕆᓂᒃ" ᓄᓕᑲᕐᓴᑎᑦᓯᓕᕆᔨᓂᖅ.

8. ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅ

ᓄᓇᓕᓪᓚᒥᔪᑦ ᐃᓚᓯᕆᓕᕆᓂᖅ ᐃᓄᓕᕆᓂᐅᔨᑦᓗ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᒃ ᐊᑎᓂᐅᔪᓂᑎᖅᓴᓚᐅᔪᓂᑦ ᐃᓚᓯᕆᓂᐅᔨᑦ ᐃᓄᓕᕆᓂᐅᔨᑦᓗ ᑐᖏᖅᑕᖏᓐᓄᖅ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦᓯᓂᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᑉᐱᒃ 15, 2011-ᒥ.

ᑐᖅᖅᓴᓇᖅᑎᓂᓗᑎᑦ ᒡᓕᔪᐊᖅ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓂᒃ, ᓄᓇᓕᓪᓚᒥᔪᑦ ᐃᓚᓯᕆᓕᕆᓂᖅ ᐃᓄᓕᕆᓂᐅᔨᑦᓗ ᑐᓴᓇᐃᑎᒃ ᐊᑎᓕᓯᔨᐅᑎᖅᓴᓚᐅᔪᓂᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᑭᓇᐅᔭᖏᑎᓂᖅᓴᓂᒃ. ᑕᓪᓕ ᑌᒉᑎᓂᓗᔪ ᓄᓇᓕᓪᓚᒥᔪᑦ ᐃᓚᓯᕆᓕᕆᓂᖅ ᐃᓄᓕᕆᓂᐅᔨᑦᓗ ᑐᐱᕐᓴᐅᑎᓂᓯᓚᐅᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᑎᓂᐅᔪᓂᑎᖅᓴᓚᐅᔪᓂᑦ ᐃᓚᓯᕆᓂᐅᔨᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ

ᑌᒉᓗᐊᖅᑎᓗᒍ, ᒪᓕᒃᑐᑦ ᐊᓇᓯᒍᑎᓂᓕᑦ ᐊᑎᖅᖃᓕᓴᐅᑎᖅᓴᓚᐅᔪᓂᑦ 2009-2010-ᒥ ᑭᓇᐅᔭᕆᓚᐅᒍᑎᓂᖅ ᑭᓚᓕᐅᔨᓯᒪᔪᒍᑎᓄᑦᑎᒥᓂ. 2005-2006 ᐋᓐᓂᐊᓕᓚᐅᖅᑐᑦ ᐅᓴᓴᐅᒍᑎᓄᑦ ᑭᓴᖅᑕᐅᔨᓯᒪᔨᓴᒃ. ᒡᓕᔪᐊ ᒪᓕᒃᑐᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᓕᐊᓂᖅᓱᓂᒃ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓯᕆᓂᐅᔨᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓯᕆᓂᐅᔨᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ

ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓯᕆᓂᐅᔨᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓯᕆᓂᐅᔨᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ

ᓴᖅᑭᑎᑕᐅᓂᖓᓂᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓯᕆᓂᐅᔨᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓯᕆᓂᐅᔨᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓯᕆᓂᐅᔨᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ

ᓴᖅᑭᑎᑕᐅᓂᖓᓂᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓯᕆᓂᐅᔨᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓯᕆᓂᐅᔨᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓯᕆᓂᐅᔨᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓯᕆᓂᐅᔨᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓂᓕᑦ ᐃᓚᓴᓇᐅᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ ᐊᖏᕐᕋᑎᑎᒍᑎᓄᖅᖅᓱᑐᑦᓗ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖅᑎᑦ

8. ᐃᓕᓴᐅᑎᓀᓂᑦ ᐃᓕᓴᐅᑎᓴᖅᓯᒪᔪᓪᓗ ᐱᓕᕆᓂᖓᓂᑦ (ᑲᔪᓯᔪᑦ)

ᒋᐊᕆ ᑭᓇᐅᔭᕐᓂᒪᔨᑎᓪᓗᒍᑦ ᖃᓄᐃᓐᓇᕐᓂᐅᕐᓂᑎᓄᓕᒍᑦ, ᐃᓄᓐᓯᕐᓂᓄᐅᑦ ᐃᓄᓕᕐᓂᐅᑦᓗ ᑐᖅᑲᓕᐊᖅᓴᓪ ᑭᓇᐅᔭᖓᓂᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑐᑦᓯᐊᖅ ᐅᖅᓱᓕᒫᖅᓴᖅᑐᑦᓯᐊᖅ ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓚᖃᕐᓂᖅᓴᓪ ᐃᓄᓕᕐᓂᖅᓴᓪ ᐃᓕᓴᐅᑎᓀᓂᑦ ᐃᓕᓴᐅᑎᓴᖅᓯᒪᔪᓪᓗ ᐱᓕᕆᓂᖓᓂᑦ ᖃᓄᐃᓐᓇᕐᓂᖓᓂᑦ. ᒋᐊᕆ ᐃᑎᖅᓇᖅᑐᖅᓂᒃ ᐃᒪᓕᖅᑎᑦᓗᒍ ᖃᓄᐃᓐᓇᕐᓂᑦ:

	$
2011-2012	17,357,302
	17,357,302

9. ᓂᐅᐃᖅᓯᐊᕐᓯᓂᑦ

ᓄᓇᓕᒻᒥᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᑎᒪᓂᖅᐳᖅᑕᖅ ᐃᓄᓐᓯᕐᓂᓴᐅᓂᑦ ᐃᓄᓕᕐᓂᓴᐅᓗᓪ ᓂᐅᐃᖅᓱᓂᒍᑦ ᒪᓕᒐᖅᓴᖅᑐᑦᓯᐊᖅ. ᐊᑐᑎᓴᐅᑎᓂᖅᓴᖅᑐᑦᓯᐊᖅ ᐊᑐᑎᑲᓕᖅᓴᖅᑐᑦᓯᐊᖅ ᐊᐱᑦᓯᐊᓇᖅᓯᒪᔪᓪᓗᒍᑦ ᐊᐱᑎᑲᓕᖅᑐᑦᓯᐊᖅᓯᒪᔪᓪᓗᒍᑦ ᐊᐱᑦᓯᐊᓇᖅᓯᒪᔪᓪᓗᒍᑦ.

10. ᓄᑖᑦ ᐃᓕᓐᐃᑦ

2008-2009-ᒥ, ᓄᓇᓕᒻᒥᒍᑦ ᑲᑎᕐᕕᒃᓴᓂᑦ ᐃᓕᓐᓂᐅᑉᐳᓕᓂᐅᔪᓂᑦ 54-ᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᑦ ᐊᓂᕐᕿᕆᕐᓂᓂᒃ, ᓄᓇᓕᒻᒥᒍᑦ ᐱᒍᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᓕᓐᓂᕐᕿᓂᐅᑉᐳᓕᓂᐅᔪᓂᑦ ᐱᕐᕿᒥᒃ (6) ᑐᓕᑦᑕᒃ ᐋᓂᓕᖅᑕᒃ 25-ᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᕐᕿᑎᑎᓪᓗᒍ ᐊᑦᒪᓗ ᐃᓅᓕᑦᓱᒃ ᐋᓂᓕᖅᑕᒃ 23-ᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᕐᕿᑎᑎᓪᓗᒍ.

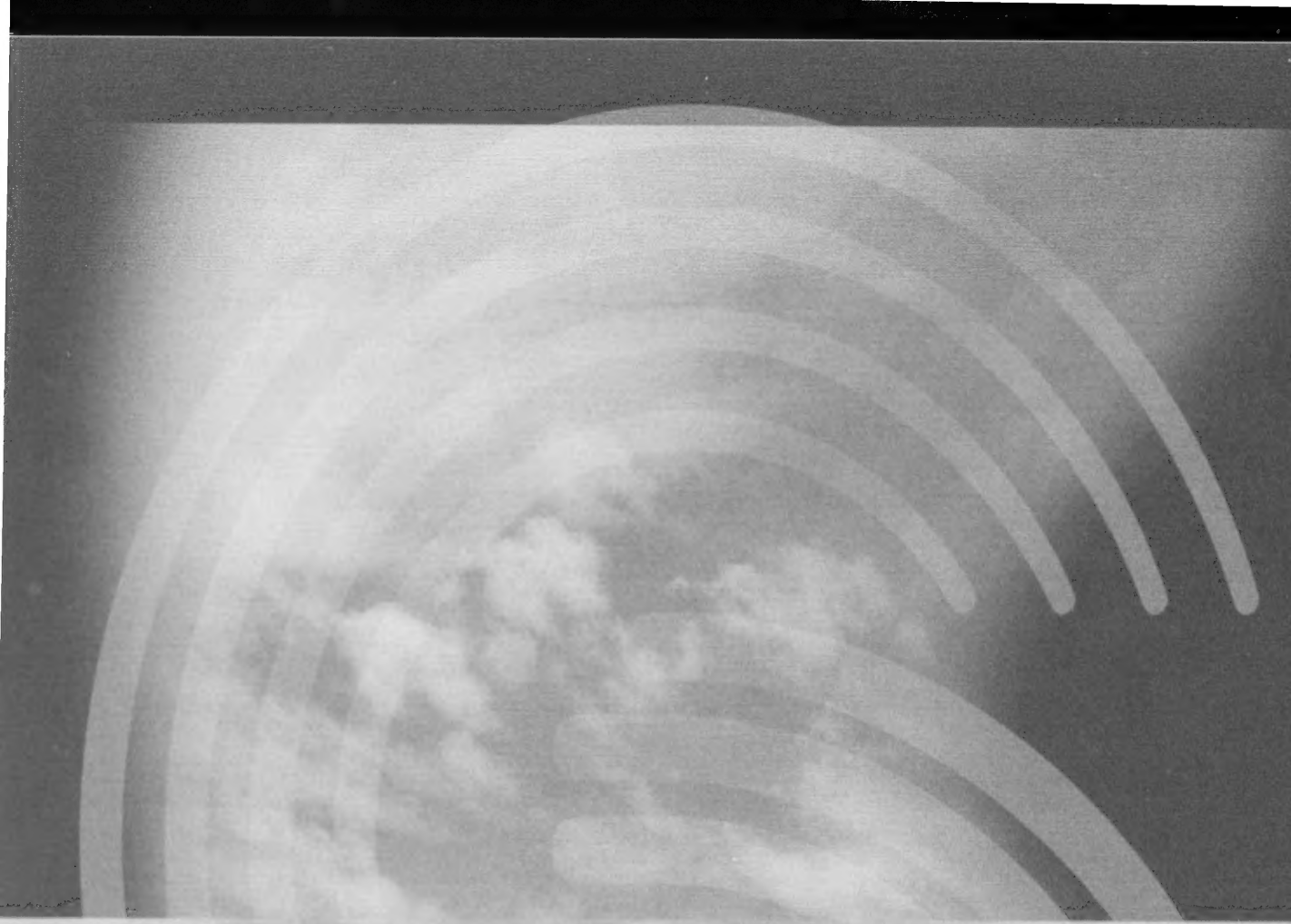
2009-2010-ᒥ, ᓄᓇᓕᒻᒥᒍᑦ ᑲᑎᕐᕕᒃᓴᓂᑦ ᐃᓕᓐᓂᐅᑉᐳᓕᓂᐅᔪᓂᑦ 50-ᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᑦ ᐊᓂᕐᕿᕆᕐᓂᓂᒃ, ᓄᓇᓕᒻᒥᒍᑦ ᐱᒍᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᓕᓐᓂᕐᕿᓂᐅᑉᐳᓕᓂᐅᔪᓂᑦ ᓂᕆᒪᓂᒃ (4) ᑐᓕᑦᑕᒃ ᐋᓂᓕᖅᑕᒃ 23-ᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᕐᕿᑎᑎᓪᓗᒍ ᐊᑦᒪᓗ ᐃᓅᓕᑦᓱᒃ ᐋᓂᓕᖅᑕᒃ 23-ᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᕐᕿᑎᑎᓪᓗᒍ.

ᐃᑦᓴ 31, 2012-ᒥ ᓴᓇᓂᓕᒍᑦ ᑭᓇᐅᔭᖓᔪᑕᐅᑎᐅᓂᒪᔨᓕᒍᑦ $21,487,000 ᑭᓇᐅᔭᕐᓇᓐᓇᒪᒥ 2008-2009-ᒥ ᐃᓕᓐᓂᐅᕐᕕᑎᑎᓂᓂᓕᒍᑦ ᐊᑦᒪᓗ $18,093,000 2009-2010-ᒥ ᐃᓕᓐᓂᐅᕐᕕᑎᑎᓂᓂᓕᒍᑦ. ᒋᐊᕆ ᐊᐅᓚᑦᑎᐅᓂᒪᔨᓕᒍᑦ ᑭᓇᐅᔭᖓᔪᑕᐅᑎᐅᓂᒪᔨᓕᒍᑦ ᐅᕙᑦ ᑲᑦᓚᖓᓂᒃ.

2012-2013 ᑭᓇᐅᔭᕐᓇᓐᓇᐅᓪᓚᖓᔪᓂᑦ ᓴᓇᔨᑎᑦ ᐱᓕᕆᔨᖅᓴᓂᒃᑯᓗᒍᑦ ᐱᐅᔪᑎᑎᓂᒪᓕᓇᖅᑐᑦ ᐊᑭᖓᑦ ᐊᑯᓂᖓᓂᑦᓗ ᐃᓕᓐᓂᐅᕐᓂᓕᒍᑦ ᐊᑭᓕᓂᖅ ᒋᐊᕆ ᐱᓕᕆᓂᖓᓂᑦ ᑭᓇᐅᔭᕐᓂᒪᔨᑎᓪᓗᒍᑦ ᑭᓇᐅᔭᕐᓂᒪᔨᓴᖅᓯᒪᔪᓪᓗᒍᑦ.

11. ᐊᑐᕐᔪᐊᓕᕆᓂᖅᓴᓂᑦᓯᒃᑎᑦ - ᑭᓇᐅᔭᓕᕐᓗᑎᑦ

ᓴᓇᓴᐅᑭᓇᔪᓂᑦ ᑭᓇᐅᔭᓕᕐᓗᑎᑦ ᓴᓇᓕᖅᑎᑦᑐᑦ ᐊᑐᓴᑎᑦᑎᐅᔭᓴᓕᕆᔨᒃᑐᑦ ᐅᓇᓕ 1, 2008, ᐊᐅᓚᑦᓴᓂᓕᕆᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᓕᕐᓗᑎᒃᑯᑦᑕ ᐅᓄᖅᑐᖅᑎᑦᑐᓂ ᐊᑐᓂᓯᓚᐅᑉ ᐊᑐᐊᖅᑐᓴᓕᕆᔨᒃᑐᑦ ᐃᓚᖓᑕᐅᓯᒪᓕᕆᓂᖅ ᐊᑐᐊᖅᑐᓴᓕᕆᔨᒃᑐᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᑐᐊᖅᑐᓴᓕᕆᔨᒃᑐᑦ ᐊᑐᐊᖅᑐᓴᓕᕆᔨᒃᑐᑦ ᐃᓄᐃ



C.P. / P.O. BOX 900 KUUJJUAQ (QUÉBEC) J0M 1C0
ᐅᖃᓕ ᐅᑎᖅᓯᒪᔪᖅ / Tel: 819 964-2222
)ᑲᓪᓚᑦ / Fax: 819 964-2888
www.rrsss17.gouv.qc.ca